



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Tarifs et bases
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Par e-mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch et gever@bag.admin.ch

Lieu, date	Berne, le 26 août 2020	N° direct	031 335 11 66
Interlocuteur	Markus Trutmann	E-mail	markus.trutmann@hplus.ch

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie relative au développement des critères de planification et au complément des principes de calcul des tarifs
Prise de position de H+

Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset,
Madame, Monsieur,

Le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation sur la modification d'ordonnance susmentionnée par courrier du 12 février 2020. Le délai de réponse a été prolongé le 6 avril jusqu'au 2 septembre 2020. Nous vous remercions de nous avoir invités à nous prononcer et d'avoir prolongé le délai. Nous avons le plaisir de vous communiquer ici notre position.

H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe, en tant que membres actifs, 220 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux répartis sur 370 sites et plus de 160 associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers avec statut de membres partenaires. A travers ses institutions membres, H+ représente plus de 200'000 personnes actives.

A. Partie générale

1. Remarque préliminaire

H+ reconnaît qu'il est nécessaire d'intervenir dans le cadre de l'application de l'art. 39 al. 2^{ter} LAMal. Une adaptation de l'OAMal à la jurisprudence et à la pratique des cantons en matière de planification est urgente, en particulier pour garantir la sécurité du droit. A cet effet, les principes suivants doivent être appliqués lors de cette modification de l'OAMal:

- La hiérarchie des normes en vigueur en Suisse (1. Constitution fédérale, 2. Lois, 3. Ordonnances) doit être respectée avant toute autre considération.
- Les procédures législatives en cours ne doivent pas être court-circuitées par voie d'ordonnance.

- La modification de l'OAMal doit être en cohérence avec les lois en vigueur. Cela vaut en particulier pour la révision partielle de la LAMal sur le financement hospitalier du 21 décembre 2007 et pour la révision de la LAMal sur le renforcement de la qualité et de l'économicité du 21 juin 2019. La volonté exprimée par le législateur à ces occasions doit être intégralement respectée.
- Le Benchmark introduit par le nouvel art. 59c^{bis} OAMal doit être conforme au principe juridique «Comparer ce qui est comparable».
- Des solutions pragmatiques doivent être privilégiées lors de l'élaboration du tarif (en application du principe de Pareto des 80-20 plutôt que solutions à 100%)
- Les principes de planification et de tarification doivent favoriser la perméabilité entre les différents secteurs des soins.

Le projet d'ordonnance ignore largement ces principes. H+ le rejette donc mais se déclare prête à élaborer une solution alternative, resp. à participer à un nouveau projet.

2. Synthèse

H+ rejette le projet d'ordonnance.

Le projet d'ordonnance viole la loi à plusieurs égards. En outre, les dispositions relatives à la planification hospitalière et au calcul des tarifs ne reposent pas sur une base constitutionnelle.

Le Conseil fédéral rate largement les objectifs qu'il s'est lui-même fixé avec cette modification d'ordonnance. Il ne parvient ni à établir un besoin de réglementation ni à créer une plus-value identifiable.

L'absence d'analyse d'impact de la réglementation (Directives AIR), en particulier sur la sécurité et la qualité des soins médicaux à la population, viole les directives en vigueur.

Par de nombreux aspects, le projet d'ordonnance porte atteinte à des processus législatifs en cours et poursuit des objectifs qui n'ont pas été démocratiquement légitimés.

Les dispositions de l'ordonnance constituent une intervention massive et contraire à la Constitution dans la responsabilité des cantons qui est de fournir à la population des soins de haute qualité qui soient conformes à ses besoins. En outre, elles réduisent de manière illicite les compétences et la marge d'appréciation des cantons lors du contrôle et de l'approbation des tarifs négociés ou, le cas échéant, lors de la fixation des tarifs.

En prescrivant que le Benchmark doit atteindre le 25^e percentile au plus, le Conseil fédéral porte atteinte à l'autonomie tarifaire et limite la marge de négociation des partenaires de façon disproportionnée.

Si l'ordonnance devait entrer en vigueur, les cantons et la Confédération seraient amenés à intervenir davantage dans les affaires stratégiques et opérationnelles des hôpitaux. Cela irait totalement à l'opposé de la volonté du législateur qui, en introduisant le nouveau financement hospitalier, entendait accorder davantage d'autonomie entrepreneuriale aux hôpitaux et favoriser la concurrence.

La fixation du Benchmark au 25^e percentile priverait les hôpitaux de 1.2 milliard de francs chaque année et non de 200 à 250 millions, comme le prétend le rapport explicatif. Une étude du bureau Polynomics datant du 4 juin 2020 montre que le paysage hospitalier

suisse ne serait pas viable dans de telles conditions. Il ne pourrait être sauvé que par le biais de subventions, de dons ou de recapitalisations par les propriétaires. Autrement dit, les économies réalisées par l'assurance obligatoire des soins (AOS) aboutiraient à des dépenses supplémentaires des pouvoirs publics et des autres financeurs. Le système de santé suisse n'aurait certainement rien à retirer d'un tel jeu à somme nulle.

Le Conseil fédéral tente de régler les plus petits détails mais il omet de préciser quel approvisionnement en soins il souhaite à l'avenir pour la population suisse. Avec ses réflexions sur les critères de planification hospitalière, il imprime en réalité une hausse des coûts sans augmentation de la qualité. Ce sont avant tout les nombreuses prescriptions sur la qualité des structures (dotation en personnel) qui ont un effet inflationniste sans créer de plus-value pour les patients. De telles mesures ouvrent toute grande la porte à tous ceux qui entendent faire valoir ainsi leurs intérêts particuliers. Au lieu de se concentrer sur la qualité des structures, le Conseil fédéral devrait bien davantage favoriser systématiquement la qualité des résultats.

Aucune des lacunes de l'OCP dénoncées sans cesse par H+ à l'OFSP et au DFI depuis plus de dix ans (réglementation des dispositions transitoires, calcul et application du taux WACC et détermination des CUI) ne sont corrigées, bien au contraire. En plus des erreurs et des lacunes déjà identifiées portant sur la procédure de formation des tarifs liée aux prestations, de nouvelles erreurs et effets pervers sont introduits.

L'impact financier négatif sur les hôpitaux va mettre en péril la qualité et la sécurité des soins. Sans gain d'efficacité dans le domaine stationnaire, même un hôpital travaillant de manière efficace voit sa survie menacée à long terme. A moyen terme, cette situation va aboutir à ce que les investissements ne seront plus consentis, que l'infrastructure vieillira, que les traitements non rentables ne seront plus proposés et qu'ainsi les soins médicaux modernes et la garantie de l'approvisionnement ne seront plus garantis.¹

La crise du coronavirus a mis en évidence dans le monde entier les forces et les faiblesses des systèmes de santé. Il en est allé de même en Suisse. Des enseignements et des mesures d'amélioration doivent être tirés d'une analyse approfondie de la gestion de cette pandémie. La planification et le financement hospitaliers ne seront pas épargnés. L'OAMal devrait être modifiée à la lumière de ces nouveaux éléments. Sa révision est donc prématurée à l'heure actuelle. Cela plaide également en faveur d'un retrait de ce projet d'ordonnance par ailleurs contraire à la loi à de nombreux égards.

3. Objectifs manqués

Selon le rapport explicatif, les exigences minimales consignées dans cette révision de l'OAMal «doivent permettre aux cantons d'élaborer une planification conforme à la loi»². Le projet d'ordonnance est censé tenir compte entre autres des instruments et des méthodes de planification développés par les cantons et de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) et du Tribunal administratif fédéral (TAF).

En réalité, le projet passe largement à côté de ses objectifs déclarés. Au lieu de fournir aux cantons une base de planification conforme à la loi, le Conseil fédéral crée une grande incertitude juridique dans les domaines de la planification hospitalière et de la détermination

¹ Fischer Barbara, Bill Marc, Mäder Beatrice, Telser Harry. Auswirkungen der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking. Polynomics, 4 juin 2020, page 32

² Rapport explicatif, page 4

des tarifs. Comme nous le démontrons ci-dessous, la jurisprudence du TF et du TAF ne sont explicitement pas respectées.

Il semble que le Conseil fédéral ait été bien davantage guidé par l'idée de réaliser une économie sur les coûts en faveur de l'AOS et au détriment des hôpitaux. A la page 18 du rapport, un calcul prédictif indique qu'une réduction du Benchmark du 40^e au 25^e percentile entraînerait une réduction des coûts pour l'AOS de l'ordre de 200 à 250 millions de francs³. Indépendamment du fait que cette estimation est beaucoup trop basse (voir commentaire de l'art. 59c^{bis} al. 1 let. b), cet objectif d'économie apparaît comme le seul motif substantiel de la révision de l'ordonnance.

En fixant un objectif aussi déséquilibré, le Conseil fédéral perd de vue qu'avec la modification de l'OAMal des dispositions légales introduites par la révision partielle de la LAMal du 21 décembre 2007 devaient être concrétisées, resp. précisées. Cette vaste réforme n'était pourtant pas conçue comme un pur exercice d'économies. Le législateur entendait bien davantage promouvoir une concurrence fondée sur les prix et la qualité ainsi que remplacer le financement des établissements par un financement des prestations. Des gains comme des pertes devaient être possibles afin d'aboutir à une régulation incitative. Finalement, les parts de financement du secteur stationnaire ont été fixées à 55% à la charge des cantons et 45% à celle des assureurs. Le présent projet d'ordonnance ne tient absolument pas compte de ces objectifs mais s'oriente à leur opposé. Le Conseil fédéral réduit la concurrence sur la qualité, rend pratiquement impossible tout gain d'efficacité, engage un retour vers le financement des établissements d'antan et enterre le compromis politique sur le financement dual-fixe.

La prescription «dotation en personnel spécialisé» montre clairement comment l'ensemble du projet a été élaboré sans objectif ni méthode: sur une page, il est question d'économiser des coûts, sur l'autre des prescriptions onéreuses sont formulées concernant le personnel spécialisé et au final les hôpitaux doivent réussir leur positionnement sur le marché grâce à leur liberté entrepreneuriale. Ces objectifs sont en contradiction les uns avec les autres. Une vision cohérente du législateur apporterait aux hôpitaux une sécurité juridique et ceux-ci pourraient s'orienter selon ce cadre. Mais tant qu'aucune condition cadre n'a été formulée, les établissements ne peuvent pas définir leur orientation stratégique et sont forcés de naviguer à vue au gré des prescriptions mouvantes de l'administration.

En outre, le Conseil fédéral en revient à l'ancien financement des établissements en abolissant de facto les gains d'efficacité pour les hôpitaux et les cliniques. Cette démarche est en contradiction totale avec le nouveau financement hospitalier qui autorise les gains d'efficacité, comme l'a confirmé le TAF (BVGE 2014/3). Même l'art. 43 al. 7 LAMal ne permet pas au Conseil fédéral de passer outre une décision du TAF.

4. Absence d'analyse d'impact de la réglementation (AIR)

Les Directives du Conseil fédéral concernant l'analyse d'impact de la réglementation applicable aux projets législatifs de la Confédération (Directives AIR) du 6 décembre 2019⁴ s'appliquent à tous les projets législatifs de la Confédération, à quelque niveau que ce soit (art. 1.2 al. 2). Les cinq points suivants doivent faire l'objet d'un examen:

1. Nécessité et possibilité d'une intervention de l'État;
2. Options envisageables;
3. Conséquences pour les différents groupes de la société;

³ Rapport explicatif, page 18

⁴ FF 2019 8073, entré en vigueur le 1^{er} février 2020

4. Conséquences pour l'économie dans son ensemble;
5. Aspects pratiques de l'exécution.

Ces cinq points doivent être traités dans le rapport explicatif et le message, et présentés conformément à l'aide-mémoire sur la présentation des messages (art. 2 al. 1 et 2). Dans le cadre de l'AIR, les projets qui occasionnent des coûts supplémentaires à plus de 1000 entreprises ou **qui imposent un fardeau particulièrement lourd à certains secteurs** (*mis en évidence par nous*) doivent faire l'objet d'une estimation quantitative des coûts de la réglementation, présentée conformément à l'aide-mémoire sur la présentation des messages du Conseil fédéral («étiquette de prix») (art. 3.2 al. 4).

Les mesures radicales prévues par le présent projet d'ordonnance exigent impérativement que soit menée une AIR détaillée et approfondie relative au financement des hôpitaux suisses et à la qualité des soins médicaux.

Une AIR conforme aux directives fait totalement défaut dans le présent projet, de même qu'une estimation quantitative des coûts entraînés par la réglementation. Il ne fait aucun doute que ces deux évaluations devraient être menées dans le cadre d'une révision d'ordonnance qui touche aussi fortement le secteur hospitalier. Ces lacunes violent à l'évidence les réglementations et directives en vigueur. Il en découle qu'un examen judicieux lors de la procédure de consultation n'est tout simplement pas possible. Dans ces circonstances, la présente consultation devrait être annulée en vue d'une nouvelle version.

En dépit de ces réserves de fond, H+ prend position en détail ci-après.

5. Violations du droit en vigueur⁵

Avec ce projet d'ordonnance, le Conseil fédéral outrepassé ses compétences à maints égards.

5.1. **Benchmark fixé au 25^e percentile: une valeur d'efficacité contraire à la LAMal et gravement biaisée**

La structure tarifaire SwissDRG comporte de graves distorsions. Cela aboutit à ce que certains hôpitaux présentent des coûts normatifs par cas particulièrement faibles et s'assurent une place tout en bas du Benchmarking non pas en raison d'une efficacité exceptionnelle mais en raison de facteurs qui leur sont propres, comme par exemple une palette restreinte de prestations.

En raison de la pondération tenant compte du nombre d'institutions, les maisons de naissance, les cliniques proposant une palette restreinte de prestations et les petits hôpitaux sans service des urgences ont un poids trop élevé par rapport aux hôpitaux de prise en charge finale.

Selon l'art. 49 al. 1 LAMal, le critère d'efficacité doit être aligné sur un hôpital moyen proposant des prestations moyennes également. Une élimination des fournisseurs inefficients est recherchée mais pas l'affaiblissement des hôpitaux qui assument l'essentiel de la sécurité de l'approvisionnement et qui contribuent ainsi à la fourniture des soins médicaux de base à la population

⁵ Le chapitre 5 se fonde sur l'avis de droit de M^e M. Waldner, Vischer AG, du 28 février 2020. H+ assume cependant à elle seule la responsabilité de ce chapitre.

Jusqu'à présent, un critère de Benchmarking fixé entre le 40^e et le 50^e percentile s'est imposé, avec une pondération selon le nombre de cas ou le Casemix. Ce mécanisme a été constamment approuvé par le TAF. Dans ces conditions, le choix du 25^e percentile, pondéré par le nombre d'hôpitaux, doit être considéré comme un critère d'efficacité gravement biaisé. Dans ses arrêts C-4374/2017 et C-4461/2017, le TAF a estimé qu'un Benchmark au 25^e percentile présente une grave distorsion et qu'il peut mettre en péril la sécurité de l'approvisionnement, ce qui n'est pas compatible avec les objectifs de la loi.

Les risques découlant d'un Benchmark biaisé en raison des lacunes de représentation de la structure tarifaire ne peuvent pas être reportés uniquement sur les fournisseurs de prestations (art. 46 al. 4 LAMal).

Les gains d'efficacité sont rendus pratiquement impossibles par les prescriptions sur le calcul du tarif pour chaque établissement (art. 59c^{bis} al. 8 OAMal):

- 25% des hôpitaux – soit ceux présentant des coûts en dessous du Benchmark – pourront réaliser dans le meilleur des cas des gains d'efficacité limités, c'est-à-dire jusqu'à concurrence du Benchmark.
- 75% des hôpitaux – soit tous ceux présentant des coûts au-dessus du Benchmark – ne pourront pas réaliser le moindre gain d'efficacité. Les suppléments prévus n'y changeront rien car ceux-ci ne peuvent couvrir que des coûts effectifs propres à chaque établissement (ce qui permet dans le meilleur des cas de couvrir uniquement les coûts de l'établissement sans gain d'efficacité).

5.2. Retour au financement des établissements (objets)

Avec la suppression de facto des gains d'efficacité et la limitation des tarifs aux coûts spécifiques à l'hôpital, le Conseil fédéral en revient à l'ancien financement des établissements (objets). Les cantons qui doivent garantir la fourniture des soins à la population seront contraints de recourir à l'outil décrié du subventionnement lorsque la survie d'hôpitaux essentiels pour cette fourniture sera en jeu en raison de la détresse financière ainsi programmée. La voie empruntée par le Conseil fédéral en direction du financement des établissements est clairement en opposition avec le nouveau financement hospitalier qui implique de manière systémique des gains d'efficacité, comme l'a confirmé le TAF dans son arrêt 2014/3. Même en s'appuyant sur l'art. 43 al. 7 LAMal, le Conseil fédéral ne peut pas se soustraire à cette prescription légale.

La révision de l'OAMal prévoit une autre modification problématique par rapport au financement des établissements en formulant des exigences minimales en termes de dotation en personnel et d'infrastructures. Cette proposition malheureuse entrave le financement hospitalier orienté sur les prestations introduit par la révision de la LAMal du 21 décembre 2007 en ajoutant des aspects propres au financement des établissements qui sont contraires au système.

5.3. Atteinte à l'autonomie et au partenariat tarifaires

La marge d'appréciation des partenaires lors des négociations sur les Baserates constitue un élément essentiel de l'autonomie tarifaire. La notion d'autonomie tarifaire ancrée dans la loi implique que les partenaires sont les mieux placés pour juger ce qui est approprié et nécessaire.

La modification de l'ordonnance supprime cette marge d'appréciation. Les suppléments et les déductions prévus n'y changent rien, car ceux-ci ne sont appliqués qu'à des conditions strictement définies et sur la base des coûts individuels des hôpitaux.

En prévoyant une réglementation si détaillée des négociations tarifaires, le Conseil fédéral outrepassé ses compétences en matière d'ordonnances qui, selon l'art. 43 al. 7 LAMal, se limitent à la fixation de principes.

En outre, il est prévu, lors du calcul du tarif par le biais d'un Benchmarking national de «tous les fournisseurs de prestations de Suisse», de s'orienter vers un tarif uniforme, ce qui enterre le rôle des partenaires, ne correspond pas à la volonté du législateur et ne peut pas se fonder sur le droit en vigueur.

Selon le projet d'ordonnance, le Benchmark est calculé unilatéralement par les assureurs sur la base des données de coûts dont ils disposent. Pourtant, ce calcul a été confié aux partenaires tarifaires par le législateur qui a souhaité les placer sur pied d'égalité. Un calcul unilatéral du Benchmark viole les principes de l'égalité de traitement (art. 8 Cst) et de l'équité (art. 46 al. 4 LAMal) et porte atteinte au partenariat tarifaire.

5.4. Atteinte à la souveraineté des cantons

Au travers des dispositions de l'ordonnance, le Conseil fédéral empiète clairement et massivement sur la responsabilité des cantons en matière de planification hospitalière et viole ainsi les principes constitutionnels instituant une répartition des compétences entre la Confédération et les cantons. En outre, la marge d'appréciation de ces derniers dans l'exercice souverain de leur compétence pour la fixation des tarifs est limitée de façon disproportionnée et contraire à la LAMal.

Ces critiques s'appliquent aux dispositions suivantes:

- Art. 58d al. 3 let. a;
- Art. 58d al. 4 let. a;
- Art. 58d al. 6;
- Art. 58e al. 1;
- Art. 58f al. 5;
- Art. 59c^{bis}.

Les commentaires relatifs à chacune de ces dispositions peuvent être consultés dans la Partie spéciale.

6. Contournement de procédures législatives en cours

De larges parties de l'ordonnance présentent un caractère législatif, dans la mesure où des dispositions relatives aux nombres minimums de cas ainsi qu'aux volumes de prestations et aux nombres de lits maximaux doivent être introduites alors qu'elles sont actuellement discutées par le législateur, c'est-à-dire le Parlement. Ces dispositions sont tirées des volets 1 et 2 de mesures visant à freiner la hausse des coûts, elles-mêmes inspirées par les actions proposées dans le rapport d'experts. Les prescriptions imposées en termes de dotation de personnel pour l'attribution des mandats de prestations sont dérivées quant à elle de l'initiative sur les soins infirmiers. Il en résulte que ces dispositions d'ordonnance ne reposent sur aucune base légale adoptée par le Parlement. Par ailleurs, le Conseil fédéral préjuge et entrave le débat politique sur le projet législatif «Financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS)». La voie de l'ordonnance choisie par l'exécutif contourne le Parlement et enterre les procédures législatives en cours. La séparation des pouvoirs garantie par la Constitution est ainsi remise en question (art. 164 al. 2 et 182 al. 1 Cst).

Cette modification de l'OAMal, qui entend introduire des réglementations politiquement contestées des révisions de la LAMal inspirées par les volets 1 et 2 des mesures visant à maîtriser les coûts, ne peut pas entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Elle doit être revue afin de se conformer à la loi à l'issue des débats parlementaires et après l'expiration du délai référendaire puis renvoyée en consultation.

Le projet d'ordonnance n'est pas coordonné avec la révision de la LAMal sur le renforcement de l'économicité et de la qualité du 21 juin 2019 ainsi qu'avec la modification d'ordonnance y afférente aussi mise en consultation. Cette dernière devrait pourtant être menée et achevée en priorité. Une révision de l'OAMal sur la planification hospitalière et le calcul des tarifs ne peut être présentée objectivement qu'après l'achèvement du premier projet. Sans coordination ni succession temporelle de ces projets, on court le risque de créer des redondances, des incohérences et des contradictions. Afin de garantir la sécurité du droit pour tous les acteurs, une telle situation doit être évitée à tout prix, ce d'autant plus qu'aucune urgence ne plaide en faveur d'une procédure précipitée.

7. Effets du projet d'ordonnance

7.a. Effets sur l'approvisionnement en soins médicaux

Les dispositions prévues dans l'ordonnance sur la détermination des tarifs stationnaires (art. 59c^{bis} OAMal) mettent en péril le financement durable des hôpitaux et ainsi la sécurité de l'approvisionnement. Le TAF a certes constaté que la valeur d'efficacité doit être fixée de manière «plutôt stricte» mais à un niveau tel que la sécurité de l'approvisionnement ne soit pas menacée (TAF 2014/36, c. 10.2.2 ss.; TAF 2015/8, c. 4.2.4).

Les lacunes de financement qui résulteront de cette révision toucheront avant tout les hôpitaux assumant une fonction essentielle dans l'approvisionnement et aboutiront à une baisse de la qualité. Au final, la Confédération met en péril les soins aux patientes et aux patients.

7.b. Effets sur les hôpitaux

Selon les calculs de H+, le système hospitalier sera privé de 1.2 milliard de francs chaque année, et non pas de 200 à 250 millions comme le prétend l'OFSP, un montant qui correspond uniquement à la part de 45% financée par l'AOS.

Comme indiqué dans le commentaire de l'art. 59c^{bis}, la décision de déclarer systématiquement et durablement que 75% des fournisseurs de prestations stationnaires sont inefficaces amorcerait une spirale à la baisse ruineuse. Au terme de ce processus, les cantons devront intervenir dans le financement hospitalier – hors de la législation sur l'assurance-maladie – s'ils entendent maintenir la fourniture des soins. Les premiers calculs prévisionnels montrent que tous les hôpitaux universitaires auront épuisé leur capital propre après 7 ans afin d'éponger les déficits et disparaîtront de la scène. Au bout de 46 ans, un seul hôpital aura survécu⁶.

Il est invraisemblable que le Conseil fédéral n'ait pas été conscient de ces conséquences lors de la rédaction du présent projet. On peut donc conclure que la Confédération a pris consciemment, voire intentionnellement, le risque de mettre en péril l'existence des hôpitaux suisses. Ce faisant, il viderait de sa substance l'accès aux soins de base pour tous et entraînerait une baisse dramatique de la qualité. Selon H+, la Confédération court-circuite

⁶ <https://www.vzk.ch/downloadcenter/dokumente-vzk/polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf>, p. 32

ainsi le Parlement et la volonté du peuple en voulant imposer des objectifs politiques dépourvus de base constitutionnelle et de légitimité politique.

B. Partie spéciale.

1. Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal)

Art. 58b Planification des besoins en soins

Art. 58b al. 1

La planification des besoins en soins doit tenir compte du libre choix de l'hôpital par l'assuré. Les besoins en soins doivent être déterminés en considérant les possibilités de choix des assurés ainsi que les hospitalisations indiquées médicalement et leurs traitements, qui sont fournis également par des hôpitaux et maisons de naissance conventionnés.

Dans les régions périphériques également, l'ensemble de la population doit pouvoir accéder aux prestations hospitalières nécessaires dans un délai approprié. L'alinéa 1 doit donc être complété comme suit:

«... Ils prennent en compte les facteurs déterminants pour la prévision des besoins, tels que les évolutions démographique, médico-technique, épidémiologique et économique ainsi que les particularités géographiques du canton.»

Art. 58b al. 2, 3 et 4

Il est regrettable que la planification des besoins soit encore et toujours liée aux établissements et pas aux prestations. L'art. 58d al. 6 fait certes allusion aux synergies entre les hôpitaux, mais la planification reste fondamentalement liée aux sites.

Connue depuis longtemps déjà, l'imprécision de la définition des établissements («sites hospitaliers») n'est pas levée. La différence essentielle entre les versions en allemand et en français de l'art 39 LAMal – «oder» resp. «et» – doit être supprimée. En l'occurrence, la définition inaboutie du site hospitalier formulée unilatéralement par la CDS⁷, n'est pas d'une grande aide.

A l'alinéa 4, l'expression «dans un délai utile» doit être définie: se rapporte-t-elle à l'accessibilité seulement ou également aux éventuels délais d'attente pour les opérations nécessaires? Il faudrait également expliquer ce que le Conseil fédéral entend par «disponibilité et capacité».

Art. 58d Évaluation du caractère économique et de la qualité (nouveau)

Art. 58d al. 1

H+ rejette la démarche proposée pour évaluer le caractère économique.

Selon le projet du Conseil fédéral, le contrôle du caractère économique serait assuré grâce à une comparaison des coûts ajustés selon le degré de gravité. Une telle comparaison indifférenciée entre n'importe quels hôpitaux constituerait une grave distorsion sachant que la structure SwissDRG a encore et toujours une capacité de représentation limitée inhérente

⁷ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_f.pdf page 4

au système. Les hôpitaux qui orientent leur palette de prestations en fonction de leur attractivité seraient considérés à tort comme particulièrement efficaces, alors que d'autres hôpitaux qui fournissent une palette étendue de prestations et remplissent une importante fonction de couverture des soins seraient quant à eux considérés comme ne respectant pas le caractère économique. Une telle comparaison inopportune donnerait des signaux totalement incorrects et irait, entre autres, à l'encontre de judicieux processus de concentration. Les Benchmarkings pratiqués aujourd'hui encore présentent ainsi des défauts auxquels il convient de remédier, afin que l'on puisse parler d'un Benchmark d'efficacité dont l'appellation soit méritée (lire étude Polynomics, 2015⁸). Le Conseil fédéral lui-même admet qu'une simple comparaison des coûts ajustés selon le degré de gravité ne permet pas de tirer des conclusions pertinentes lorsqu'il reconnaît, sur le principe au moins, qu'il est nécessaire dans le domaine de la formation du tarif de procéder à des différenciations tarifaires (art.59c^{bis}). Il serait inepte que le caractère économique d'un seul et même hôpital doive être évalué différemment dans le cadre de la planification hospitalière et dans le calcul du tarif. Ce qui est valable pour SwissDRG l'est aussi pour TARPSY – cette structure tarifaire en est encore à ses débuts et représente toujours très incomplètement les différences de degrés de gravité. De plus, on ne sait pas comment une telle comparaison pourrait tenir compte des différences régionales en matière salariale et de coûts d'infrastructures.

A cela s'ajoute le fait qu'une comparaison du caractère économique, qui repose sur les règles d'évaluation actuelles de l'OCP pour les coûts d'utilisation des immobilisations, est au surplus biaisée. Les dispositions transitoires prévoient en effet une évaluation exclusivement fondée sur le passé et sur les objets (évaluation comptable) (lire étude Polynomics du 4 juin 2020⁹). Ces règles font que les politiques cantonales d'investissement et d'amortissement pratiquées jusque-là sont «importées» dans le calcul du prix AOS. De telles dispositions ne sont pas conciliables avec la LAMal, car elles empêchent toute comparaison nationale pertinente et non biaisée des prestations fournies (lire avis de droit Vischer¹⁰).

Un système de prix tel que le législateur le voulait à l'origine comporterait des comparaisons de prix et pas de coûts.

Art. 58d al. 3

Il faut absolument que les hôpitaux soient mesurés à la même aune. La grande marge d'appréciation laissée aux cantons est problématique à cet égard.

Il est également problématique que les cantons soient chargés du contrôle, resp. de la surveillance. Cela contrevient aux principes de l'impartialité (lire «La certification dans le domaine des prestations de santé», ASSM, 2011¹¹) et de la répartition des pouvoirs.

Au demeurant, l'OCP impose que, pour le contrôle du caractère économique, l'attestation OCP soit délivrée par un organe de révision externe.

Art. 58d al. 3 let. a

La prise en compte de l'expertise nécessaire fait sans doute référence aux sociétés de discipline médicale, aux associations professionnelles et autres organisations de ce type. Si tel est le cas, cela soulèvera de multiples problèmes.

⁸http://www.usz.ch/Documents/Polynomics_Das20Fallpauschalenmodell_Schlussbericht_20151119.pdf

⁹ <https://www.vzk.ch/downloadcenter/dokumente-vzk/polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf>

¹⁰https://www.vischer.com/fileadmin/uploads/vischer/Documents/Activities/MWA_ajp_anlagenutzungskosten_171016.pdf

¹¹<https://www.samw.ch/fr/Publications/Recommandations.html>

L'affirmation figurant dans le rapport explicatif selon laquelle les critères minimaux portant sur la qualité des structures sont nécessaires pour fournir une qualité élevée ne repose à ce jour pas sur des preuves suffisantes. **Il n'y a actuellement aucun lien de causalité avéré entre la qualité des structures et celle des résultats.**

La qualité de la fourniture des prestations doit avant être assurées par la **mesure de la qualité des résultats** et pas par des critères minimaux portant sur le personnel spécialisé par groupe de prestations. Pour la fourniture des prestations des hôpitaux, il est incontesté qu'un niveau de qualité élevé est indispensable, mais pour l'assurer, des critères de dotation en personnel spécialisé par groupe de prestations ne constituent pas un moyen approprié. A cet effet, d'autres instruments sont à disposition, tels que ceux énumérés notamment aux let. b à f. Les cantons ont en outre la possibilité et la mission, dans le cadre de leur surveillance au titre de police sanitaire, d'intervenir en cas de signes d'une qualité insuffisante des hôpitaux et des cliniques. Au surplus, la qualité de la fourniture des prestations dans les hôpitaux est aujourd'hui déjà contrôlée et évaluée au moyen d'innombrables mesures (indicateurs de l'OFSP, relevé obligatoire des infections du site opératoire par Swissnoso, mesures de la qualité selon l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ), par ex. taux de réhospitalisations et de réopérations).

Des critères minimaux impactant les coûts sont imposés sans que leur financement soit réglé. Pour certains hôpitaux, de telles ressources minimales ne seraient aujourd'hui déjà pratiquement pas finançables, et en tous cas pas si la limite d'efficacité devait être abaissée au 25^e percentile. Et si, contre toute attente, ces exigences pouvaient être financées, le personnel correspondant ne pourrait tout simplement pas être trouvé.

La dotation en personnel spécialisé par groupe de prestations n'est garantie que si le niveau d'expérience requis est intégré. Cela pose des exigences élevées pour le personnel spécialisé et impacte les coûts des soins et la formation initiale et postgraduée de la relève. Ainsi, un médecin urgentiste ou spécialiste ou un spécialiste en médecine interne avec deux ans au moins d'expérience poseront les indications plus vite et de façon plus précise qu'un médecin-assistant qui en est au troisième mois de sa formation postgraduée. L'influence sur les coûts et le système de formation est loin d'être négligeable.

Les prescriptions de dotation en personnel spécialisé par groupe de prestations, qui selon le commentaire doivent correspondre aux normes de référence nationales et internationales, mettent en péril la préservation de l'offre en soins médicaux dans les cantons dont l'occupation du territoire est décentralisée, avec des vallées reculées. Dans de telles régions, les prescriptions de dotation par groupe de prestations seraient difficiles, voire impossibles à respecter compte tenu de la pénurie de personnel soignant qui se dessine.

Inscrire dans une ordonnance des critères minimaux pour les dotations en personnel ouvrira la porte à de nombreuses associations professionnelles qui voudront établir des obligations répondant à des intérêts particuliers. **Il est incompréhensible à cet égard que ceux justement qui seront responsables de la mise en œuvre de ces critères minimaux – les directions des hôpitaux – ne soient pas invités à prendre position sur leur conception.** Certes, le rapport explicatif mentionne l'affectation de personnel soignant en fonction de ses compétences, mais force est de constater que les GPPH de la Direction de la santé du canton de Zurich font également référence à des critères minimaux en matière de dotation en personnel que ne reconnaissent pas les experts concernés.

En définitive, on peut d'ores et déjà prévoir avec certitude que les critères minimaux (par groupe de prestations) ne seront pas identiques dans toute la Suisse. Les cantons pourront ainsi les adapter (y compris la dotation en personnel) à leurs spécificités, ce qui est bien sûr

pertinent. D'un autre côté, comme on le sait et déplore, les exigences minimales seront intégrées au codage CHOP, où elles serviront de condition pour le codage de certaines prestations. Or le catalogue de la CHOP est valable pour l'ensemble de la Suisse. Il se pourrait que cela entre en contradiction avec les critères minimaux que les cantons seront appelés à fixer. Cette contradiction pourrait être levée si les exigences minimales pertinentes pour le codage étaient coordonnées au niveau national et si, après avoir été reconnues par les directions des hôpitaux, elles étaient uniformisées (lire la position de H+ sur les exigences dans les directives et les guidelines¹²). Ces exigences ne devraient alors pas entrer en contradiction avec les prescriptions cantonales. Dans l'idéal toutefois, il faudrait éviter d'introduire toute exigence minimale dans les codes CHOP. **Cette pratique malheureuse vient en effet contaminer l'introduction du financement hospitalier lié à la prestation (révision de la LAMal du 21 décembre 2007) avec des aspects de financement liés aux objets, donc étrangers au système.**

La formulation contraignante de l'al. 3 let. a (comme de l'al. 4 let. a) entre en contradiction avec les explications qui figurent en page 13 du rapport explicatif, précisant qu'«il appartient aux différents cantons planificateurs de statuer sur les exigences concernant des soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible». Cette formulation va également à l'encontre des assurances du Conseil fédéral énumérées précédemment, selon lesquelles la Confédération, dans le respect de la répartition des tâches, continuera de laisser une grande marge de manœuvre aux cantons pour la planification des hôpitaux et des EMS.

Art. 58d al. 3 let. c

L'application d'un système de déclaration des erreurs et des sinistres et l'affiliation à un réseau de reporting uniforme pour l'ensemble de la Suisse, soit à un Critical Incident Reporting Systems (CIRS), sont certes justes, mais elles ne doivent pas être prescrites au niveau d'une ordonnance. Pour qu'une culture de la sécurité puisse véritablement se déployer, il convient de régir les tâches suivantes au niveau de la loi:

- Les dispositions pertinentes de la loi fédérale sur la protection des données (LPD), des lois cantonales sur la protection des données, de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et du Code pénal (CP) doivent impérativement être harmonisées entre elles (lire la position de l'Alliance Peer Review Suisse¹³).
- Les collaborateurs qui procèdent à des inscriptions dans le CIRS doivent être protégés d'éventuelles conséquences judiciaires, comme c'est déjà le cas dans la branche aéronautique.
- Dans la perspective des activités d'assurance qualité, tels que les audits, les Peer Reviews et les conférences morbidité-mortalité, il faut une réglementation de la protection des données des patients à analyser. Cette réglementation se fait attendre.
- Il convient de clarifier sur le plan politique si la protection des données des patients doit ou non primer sur la promotion de la sécurité des patients (qui est liée à la consultation des dossiers médicaux).
- Les annonces CIRS doivent être anonymisées au niveau des patients et de l'hôpital. A défaut de disposition légale suffisante et d'anonymisation stricte, les conflits juridiques sont programmés avec le droit de la responsabilité civile et/ou le droit pénal.

¹²https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Bedingungen_fuer_verbindliche_Anforderungen/20180323_Positionspapier_Richtlinien_V1.0-F.pdf

¹³ https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Position/20200630_Positionierung_Qualitaetsentwicklung_Gesetzlicher_Rahmen_V1.0_F.pdf

- De plus, et pour autant que le CIRNET, qui est une activité importante de la fondation Sécurité des patients Suisse, soit déclaré obligatoire, son financement devra être revu. Tous les bénéficiaires, et pas seulement les hôpitaux, devront participer à l'exploitation et à la poursuite du développement du CIRNET, resp. du réseau de reporting (y. c. secrétariat).

Art. 58d al. 3 let. d

H+ approuve cette disposition.

Les systèmes de management de la qualité appropriés et adaptés à la taille de l'hôpital et à la complexité de la palette de prestations constituent une base importante de la culture de l'apprentissage et de la sécurité dans un établissement.

A cet égard, il est à noter que le nouveau concept qualité national actuellement en cours d'élaboration par les partenaires que sont H+, santésuisse, curafutura, entre autres, prévoit justement ce point. L'OFSP est informé de l'avancement des travaux.

Art. 58d al. 3 let. e

Cette disposition entraîne le risque que chaque organisation professionnelle prescrive ses «directives, y. c. la dotation en personnel» (lire le commentaire relatif à l'al 3 let a).

Les normes professionnelles pertinentes suivantes peuvent être citées:

- Normes et standards concernant l'hygiène des mains;
- Application de check-lists pour la sécurité en chirurgie;
- Smarter Medicine – Choosing Wisely.

A cet égard, il est à noter que le nouveau concept qualité national actuellement en cours d'élaboration par les partenaires que sont H+, santésuisse, curafutura, entre autres, prévoit justement ce point. L'OFSP est informé de l'avancement des travaux.

Art. 58d al. 3. let. f

La prescription électronique est un élément important pour améliorer la qualité, puisqu'elle renforce la sécurité de la médication. Néanmoins, dans les soins aux patients, la médication électronique entraîne de nouveaux risques, qui ont été bien décrits dans la littérature. Prise isolément, elle n'est ni suffisante, ni appropriée.

Dans le domaine de la sécurité de la médication, une inégalité de traitement entre les hôpitaux, les institutions de soins de longue durée et les maisons de naissance doit être refusée.

Art. 58d al. 4

Les différents instruments d'évaluation des soins requis utilisés dans les EMS (BESA, RAI-RUG et Plaisir) conduisent à des classifications différentes pour un seul et même patient qui se traduisent par une indemnisation des prestations fournies à la charge de l'AOS qui n'est pas non plus la même. Une surveillance de l'efficacité sur la base des coûts ajustés n'est donc pas possible. Au contraire du secteur hospitalier et son modèle de rémunération de type DRG, il manque au secteur des soins infirmiers un instrument d'évaluation du caractère économique des institutions de soins de longue durée. Au demeurant, le commentaire ne précise ni comment ni par qui il doit être évalué.

Art. 58d al. 4 let. a

H+ rejette cette disposition

La formulation contraignante de l'al. 4 let. a (comme de l'al. 3 let. a) entre en contradiction avec les explications qui figurent en page 13 du rapport, précisant qu'«il appartient aux différents cantons planificateurs de statuer sur les exigences concernant des soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible». Cette formulation va également à l'encontre des assurances du Conseil fédéral énumérées précédemment, selon lesquelles la Confédération, dans le respect de la répartition des tâches, continuera de laisser une grande marge de manœuvre aux cantons pour la planification des hôpitaux et des EMS.

Cette disposition limite de manière disproportionnée les compétences des cantons dans le domaine de la planification. Le Conseil fédéral outrepassa sa compétence en matière d'ordonnances.

Art. 58d al. 4 let. e

L'obligation de respecter les standards qui ont été définis ou convenus conjointement par des organes spécialisés ou par des sociétés de discipline médicale entraîne une forte hausse des coûts, dans la mesure où ces standards nécessitent en règle générale une augmentation du personnel. Souvent, le marché de l'emploi ne permet tout simplement pas d'engager le personnel spécialisé nécessaire à la mise en œuvre de ces standards.

Art. 58d al. 6

H+ rejette cette disposition, car elle empiète trop fortement sur la liberté entrepreneuriale.

Par cette disposition, le Conseil fédéral impose aux cantons d'intervenir directement dans le processus de concentration du paysage hospitalier via la mise en œuvre de cette ordonnance. Or cette tâche est avant tout de la compétence des hôpitaux, pas des autorités.

Il y a lieu de rappeler que la taille n'améliore pas obligatoirement la qualité et le caractère économique. Au contraire de la médecine hautement spécialisée (MHS), il n'est pas judicieux de favoriser la concentration pour tous les groupes de prestations. Dans le cas de la «médecine de tous les jours», la proximité avec le domicile, l'importance pour la région, le facteur économique que représente l'hôpital, les coûts par cas et les brèves durées de trajet doivent être dûment prises en compte.

Rappelons en outre que la planification (des prestations) des hôpitaux doit aussi être pensée en fonction des régions. Elle ne doit pas être réalisée sur la base de critères se référant exclusivement aux structures.

Art. 58d al. 7

H+ rejette cette disposition.

Cette disposition permettrait aux cantons de formuler des exigences par groupe de prestations. Elle découle des volets de mesures visant à freiner la hausse des coûts (1 et 2), qui ont un caractère législatif et n'ont pas encore été approuvés par le Parlement. Le Conseil fédéral contrevient ainsi à la loi et à la Constitution.

Cet alinéa fait le lien avec l'art. 58f Listes et mandats de prestations. Il érige les GPPH développés par la DS du canton de Zurich en un instrument national de planification hospitalière.

Art. 58e Coordination intercantonale des planifications

Art. 58e al. 1

H+ rejette cette disposition car elle est superflue.

Cette disposition empiète de manière disproportionnée sur l'autonomie des cantons. Une telle mesure devrait, quoi qu'il en soit, figurer au niveau de la loi et pas de l'ordonnance.

Il appartient aux cantons, qui sont les principaux financeurs, de mener la planification.

Art. 58e al. 2

H+ rejette cette disposition, qui ne repose pas sur une base légale. Elle est de tout manière superflue, car la coordination peut être laissée aux cantons.

Cette disposition laisse une grande marge d'interprétation et ouvre la porte à toutes sortes de recours contre une planification qui ne serait pas considérée comme correcte. Une planification soumise à des obligations conçues et formulées de manière aussi ouverte et éloignée de la pratique et qui intervient dans la coordination des cantons impliqués, placera ces derniers devant des problèmes totalement inattendus.

En outre, la planification cantonale sera potentiellement discriminatoire vis-à-vis des fournisseurs de prestations extra-cantonaux tant que la problématique sous-jacente de gouvernance que posent les multiples casquettes des cantons ne sera pas résolue.

Enfin, la disposition ne précise pas qui tranchera en cas d'opinions divergentes entre les cantons.

Le Conseil fédéral outrepassé sa compétence en matière d'ordonnances, en particulier à la let. d qui aboutit à imposer aux cantons l'examen d'une planification supra-cantonale. Or la LAMal en vigueur n'offre aucune base pour cela et une telle obligation ne peut pas non plus être introduite au niveau de l'OAMal.

Art. 58f Listes et mandats de prestations

Art. 58f al. 3

H+ rejette cette disposition. Elle ouvre trop la voie aux interprétations, qui peuvent être contraires à la LAMal.

- A) S'il faut comprendre que la disposition interdit aux hôpitaux de proposer des prestations allant au-delà des mandats cantonaux de prestations, elle est alors contraire à la LAMal et doit être rejetée.
- B) S'il faut comprendre qu'au moins un hôpital fournissant la totalité de l'éventail de prestations du domaine stationnaire relevant de l'AOS doit figurer sur la liste, cette disposition peut être approuvée.

Justification concernant le point A): Dans ce cas, l'al 3 entrerait en contradiction avec l'autonomie contractuelle, qui permet aux partenaires tarifaires de conclure des conventions sur des prestations qui ne figurent pas dans les listes hospitalières cantonales. Une telle interdiction faite aux hôpitaux de liste constituerait une intervention dans la liberté du commerce et de l'industrie et les prêterait fortement vis-à-vis des hôpitaux conventionnés. Cette prescription pénaliserait les hôpitaux de liste qui voudraient développer de nouvelles offres de soins et innover, s'ils ne peuvent pas fournir des travaux préparatoires en vue d'un nouveau mandat de prestations.

Selon l'al. 3, des mandats de prestations ne pourront être octroyés que pour l'ensemble des prestations d'un hôpital, ce qui est en contradiction avec l'art. 39 LAMal, selon lequel des divisions d'un hôpital peuvent aussi être admises. «Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) ...»¹⁴. L'al. 3 est donc contraire à la LAMal.

Art. 58f al. 4

Cette disposition est congruente à la CIMHS. Elle n'est pas contestée.

Art. 58f al. 5

H+ rejette cette disposition.

Selon la lettre de cette disposition, il faut comprendre les paramètres répertoriés aux let. a – h, comme un catalogue à choix. Selon le rapport explicatif, cette liste n'est pas exhaustive. Il y est précisé qu'«il appartient aux différents cantons planificateurs de statuer sur les exigences concernant des soins stationnaires de qualité aussi élevée que possible.» Ces paramètres concernent exclusivement les structures. C'est le cas aussi des discussions interdisciplinaires des cas, citées en exemple à la let. f (Garantie de la qualité). On cherchera en vain des critères concernant la qualité des résultats ou de l'indication.

Ainsi, sous le prétexte de la qualité des soins, toute exigence imaginable portant sur les structures serait légitimée pour chaque groupe de prestations. Cela ouvre la voie à la poursuite d'intérêts particuliers. Cette disposition aboutira à une hausse des coûts qu'il est impossible d'évaluer. Il en résulterait en outre une évolution anarchique sur le plan suisse. Cela va totalement à l'encontre de l'objectif explicite de l'ordonnance, consistant à réduire «les disparités entre les concepts de planification des différents cantons» et à encourager «l'utilisation efficiente des ressources»¹⁵. De cette manière, le Conseil fédéral ne remplit pas son mandat légal d'édicter des critères de planification uniformes sur la base de la qualité et de l'économicité (art. 39 al. 2^{er} LAMal).

Le rapport explicatif fait référence à la systématique des «Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) soins somatiques aigus» élaborés par le canton de Zurich. Les GPPH ont été développés de manière unilatérale. Ils ne sont pas utilisés par tous les cantons et font en outre l'objet de contestations de la part de certains hôpitaux.

Les critères minimaux par groupe de prestations ou par procédure, resp. code CHOP, sont très problématiques, tant en raison de leur type que de leur niveau de portée. Dans les GPPH, certaines directives de sociétés de discipline médicale ont été déclarées contraignantes sans avoir été soumises à une procédure nationale de reconnaissance. C'est problématique dans la mesure où elles fixent des critères minimaux, par exemple concernant les structures, les dotations en personnel et les formations requises, en d'autres termes: elles portent sur les ressources. Les organes de direction stratégique des hôpitaux, qui doivent prendre la responsabilité des investissements inhérents au respect de ces exigences, n'ont jusque-là jamais été entendus à ce sujet.

¹⁴ Art. 39 LAMal: «Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux)...».

¹⁵ Rapport explicatif, page 5, 4^e paragraphe.

Il est également problématique que les exigences intégrées aux GPPH aient en partie été instaurées unilatéralement par les cantons, sans le concours d'experts ou de sociétés de discipline médicale et, là encore, sans que les organes de direction des hôpitaux aient été associés.

Sachant que de telles exigences influencent le calcul des coûts relatifs dans le cadre de la structure SwissDRG et que cet effet sera fortement renforcé avec l'entrée en vigueur de la présente révision de l'OAMal, H+ exige que les exigences minimales fixées jusque-là soient contrôlées en collaboration avec les organes de direction stratégique et opérationnelle des hôpitaux et que ces derniers soient à l'avenir associés lors de l'instauration de nouvelles exigences minimales. Il convient de coordonner et de régler de manière uniforme au niveau national la fixation de telles exigences par groupe de prestations.

Si, au contraire, les exigences sont régies au niveau cantonal, le système national de formation du prix sera interprété dans le pire des cas au gré de 26 planifications des investissements différentes, ce qui présage un bel embrouillamini. Malheureusement, c'est précisément ce que prévoit la présente modification de l'OAMal.

Comme les cantons sont libres d'édicter, sans coordination, des exigences pour les différents groupes de prestations, ils peuvent le faire aussi pour la garantie de la qualité dans les GPPH. Ils risquent ainsi de générer des doublons ou, pire, des contradictions avec les contrats de qualité nationaux négociés entre les partenaires. Il est urgent de clarifier la situation et d'introduire une coordination, et cela en particulier pour préserver les ressources de tous les acteurs concernés.

L'affirmation en page 14 du commentaire selon laquelle, dans un canton urbain, les exigences à l'égard des hôpitaux peuvent être accrues par rapport à un canton rural recèle un risque d'erreurs d'interprétation de l'ordonnance et doit absolument être corrigée. Les cantons urbains ne peuvent pas imposer aux hôpitaux des exigences accrues, ils peuvent leur fixer des exigences qui sont différentes de celles des cantons ruraux. Des soins de grande qualité peuvent être obtenus autrement qu'au moyen de nombres minimums de cas. Il faudrait formuler le passage comme suit: «Dans un canton urbain, les exigences à l'égard des hôpitaux peuvent être différentes par rapport à un canton rural».

Art. 58f al. 5 let. f (Garantie de la qualité, notamment discussion interdisciplinaire des cas)
H+ rejette cette disposition.

Les cantons peuvent désormais intervenir sur la garantie de la qualité au niveau des groupes de prestations (discussions interdisciplinaires des cas).

H+ s'oppose à ce que la garantie de la qualité se règle au niveau des groupes de prestations, car ce n'est ni le bon endroit, ni le bon niveau pour cela. Des instruments de garantie de la qualité aussi importants doivent être ancrés et pilotés de manière uniforme dans un contexte national.

A cet égard, il est à noter que le nouveau concept qualité national actuellement en cours d'élaboration par les partenaires que sont H+, santésuisse, curafutura, entre autres, prévoit justement ce point. L'OFSP est informé de l'avancement des travaux.

Enfin, une coordination serait nécessaire avec la révision de la LAMal du 21 juin 2019 sur le renforcement de la qualité et de l'économicité et avec la modification correspondante de l'OAMal, également mise en consultation.

Art. 58f al. 5 let. g (Nombres minimums de cas)

H+ rejette les nombres minimums de cas en tant qu'obligation isolée fixée par groupe de prestations.

Pour quelques prestations, une corrélation a pu être établie entre les nombres minimums de cas et la qualité des résultats, pour d'autres, non. Mais une corrélation ne signifie pas qu'il y ait rapport de causalité – ici comme ailleurs. Une simple augmentation des nombres de cas ne se traduit pas automatiquement par une amélioration de la qualité.

Le Conseil fédéral faisait le constat suivant en 2013, qui est encore valable aujourd'hui: «Aux termes de l'art. 58b, al. 5, let. c, OAMal, les cantons doivent notamment prendre en compte dans le domaine hospitalier, lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, le nombre minimum de cas. Pour certains traitements complexes, en particulier, le lien entre nombre de cas et qualité des résultats est attesté scientifiquement. Cependant, les bases scientifiques qui permettraient de fixer de façon générale les nombres minimaux de cas font encore défaut. Dans divers domaines de prestations, il n'existe encore que très peu d'études ou pas de données empiriques. Une comparaison entre les nombres minimaux de cas fixés dans différents pays montre en outre que ceux-ci varient considérablement pour les mêmes prestations. Une démarche prudente et pragmatique est donc indiquée tant que les bases scientifiques pour la fixation de nombres minimaux de cas manquent encore dans de nombreux domaines.»¹⁶

Pas plus les mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ) que les traités scientifiques ne prouvent l'efficacité des nombres minimums de cas pour garantir, voire pour améliorer la qualité dans l'assurance de base. Cette exigence se justifie en revanche afin d'éviter les très faibles nombres d'interventions (opérations occasionnelles). Cela concerne en particulier les interventions et les traitements complexes qui sont rattachés à la médecine hautement spécialisée (MHS).

Une analyse par trop rigide des nombres de cas ne tient pas compte de l'importante fluctuation des nombres de cas d'une année à l'autre en fonction de l'incidence des pathologies et des accidents examinés. Il n'est pas justifiable de retenir le critère des nombres de cas.

Les nombres minimaux peuvent constituer une incitation inopportune à augmenter les volumes. Et lorsqu'ils ne sont pas atteints, ils peuvent entraîner une réduction disproportionnée de l'éventail des prestations (règlementation Stop-and-Go). Dans un cas comme dans l'autre, ce critère ne contribue pas à l'amélioration de la qualité des soins, mais tend plutôt à la péjorer.

La prescription de nombres minimums constitue une incitation non négligeable à réaliser des opérations et des interventions qui ne sont pas indiquées, en d'autres termes qui ne sont pas nécessaires médicalement, afin d'atteindre les seuils fixés. Si les nombres minimums sont de plus exigés par chirurgien, les hôpitaux dépendront des médecins ayant de tels volumes à leur actif. Ce qui entraînera forcément des coûts supplémentaires, et cela sans que la qualité ne s'en trouve améliorée. Les nombres minimaux de cas sont à refuser absolument, même s'ils sont déjà en vigueur dans certains cantons.

¹⁶ Bases de la planification hospitalière et pistes de développement, Rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013 en réponse aux postulats 09.4239 «Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse» du 11 décembre 2009 et 10.3753 «Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire» du 29 septembre 2010, p. 22

Le Conseil fédéral instaure une incohérence dans ses dispositions: il interdit d'une part les systèmes d'incitation visant l'augmentation du volume de prestations (lire art. 58f al. 7) et instaure de l'autre une incitation inverse en voulant imposer des nombres minimaux de cas.

Il est à déplorer que dans la LAMal, les nombres minimums de cas soient souvent mis en place à des fins de planification plutôt que de garantie de la qualité. Une telle utilisation a certes été approuvée par le TAF. Selon un jugement de cette juridiction, les nombres minimums de cas peuvent s'appliquer non seulement aux hôpitaux et aux sites hospitaliers, mais également aux chirurgiens et aux équipes chirurgicales¹⁷. Au prétexte d'une amélioration de la qualité, ils peuvent donc être utilisés pour piloter économiquement l'offre stationnaire.

Prescrire aux cantons prévoyant des nombres minimums de cas une exigence minimale exerçant un effet levier aussi puissant peut être dangereux et doit donc être rejeté.

Lorsqu'ils sont mal appliqués, les nombres minimums de cas peuvent tout simplement réduire à néant la promotion de la culture de la sécurité et la qualité des indicateurs. Et le seul qui en subit les conséquences est le patient.

Afin que les nombres minimums de cas soient utilisés de manière rationnelle et au profit du patient avec pour objectif d'encourager sa sécurité et la qualité des prestations ainsi qu'un traitement conforme aux critères EAE, il est impératif de définir des règles du jeu. C'est à cette condition que cette variable pourra jouer un rôle allant au-delà d'un simple (et mauvais) instrument de pilotage de la politique d'approvisionnement régionale. H+ préconise les principes suivants:

1. Les exigences minimales sur les nombres minimums de cas doivent être définies en se concentrant uniquement sur la sécurité et la satisfaction des patients, en tenant compte d'une qualité des indications appréciée du point de vue des patients.
2. Là où l'on peut s'appuyer sur une preuve médicale, les nombres minimums de cas doivent être déterminés dans la mesure où le principe formulé au point 1 n'est pas affecté.
3. Les exigences minimales sur les nombres minimums de cas qui ont pour but explicite de piloter la planification des soins et des hôpitaux devraient être appliquées uniquement dans les zones fortement urbanisées, respectivement là où une offre excédentaire a été constatée et où d'autres mesures n'ont pas été efficaces. Là aussi, le point 1 ne doit pas être affecté.

Art. 58f al. 5 let. h

H+ rejette cette disposition pour les mêmes motifs qu'indiqués pour l'art. 58f al. 5.

L'arbitraire de l'art. 58f al. 5 est couronné en quelque sorte par cette disposition.

Lorsque des exigences minimales sont fixées au niveau cantonal, un système de formation des prix national (SwissDRG) est interprété au gré de 26 planifications des investissements différentes, ce qui aboutit à programmer une incohérence de vaste ampleur.

Art. 58f al. 6

H+ rejette cette disposition. La fixation de volumes de prestations maximaux contredit l'esprit et le but du nouveau financement hospitalier.

¹⁷ TAF, jugement du 14 septembre 2018 (C-5603/2017), considérant 7.6.2.

Selon le rapport explicatif, «en indiquant ainsi explicitement la possibilité d'un contrôle des volumes à l'al. 6, on établit clairement la recevabilité d'un tel instrument»¹⁸. Par cette observation remarquablement claire, le Conseil fédéral admet explicitement qu'il tente d'imposer une règle législative par voie d'ordonnance. Une telle manière d'agir, même si elle a le mérite de la franchise, n'est pas acceptable.

Les volumes de prestations maximaux conduisent dans les faits à une limitation des volumes et ne sont pas compatibles avec l'idée de concurrence ancrée dans la LAMal et la révision partielle du 21 décembre 2007 sur le nouveau financement hospitalier.

La limitation effective à des volumes de prestations maximaux restreint le libre choix des patients garanti à l'art. 41 al. 1 LAMal nettement plus que ne le font des dispositions de planification et des volumes de prestations planifiés. Les hôpitaux offrant une qualité élevée seraient ainsi défavorisés, ce qui ne va pas dans le sens d'une fourniture des soins de haute qualité et de la concurrence sur la qualité voulue par le législateur.

Si des volumes de prestations maximaux devaient être imposés, les patients devraient le cas échéant se rabattre sur un autre hôpital au cas où l'établissement de leur choix aurait dépassé la limite fixée pour la prestation recherchée. Dans le pire des cas, un hôpital devrait les renvoyer ou différer leur entrée. Cela correspondrait à une forme de rationnement. La conséquence serait une «médecine à deux vitesses». Cela ne va pas non plus dans le sens d'une fourniture des soins de haute qualité.

Enfin, cette disposition affaiblit la concurrence sur la qualité requise et voulue expressément par le législateur. Sans modification des bases légales dans la LAMal, une telle mesure ne peut pas être ordonnée.

Le rapport explicatif tente de justifier la disposition sur les volumes de prestations maximaux par une référence à l'art. 51 LAMal qui offre aux cantons la possibilité de fixer un budget global. Cet argument ne tient pas pour les raisons suivantes:

- Une obligation nationale édictée par ordonnance ne peut pas se fonder sur une possibilité offerte à certains cantons par la loi. En agissant de la sorte, le Conseil fédéral outrepasserait nettement ses compétences.
- Le budget global prévu par l'art. 51 LAMal est conçu comme un instrument de pilotage financier. Même si un budget global peut impacter le volume des prestations fournies, il ne s'agit pas en soi d'un instrument visant à limiter ce volume.

En conclusion, cette disposition est contraire à la LAMal.

Art. 58f al. 7

Il est certes justifié de lutter contre les abus dus aux boni dépendant des volumes ou aux Kickbacks pour l'envoi de patients. Cependant, cette disposition pourrait remettre en question la rémunération des médecins agréés qui ne touchent pas de salaire mais des honoraires pour les prestations fournies. Si l'on entend ne pas mettre en péril le système des médecins agréés qui est bien établi et largement répandu, il convient de préciser à des fins de sécurité du droit qu'il ne s'agit pas là d'un «système inadapté d'incitations économiques».

On peut imaginer en outre qu'une rétribution du corps médical par prestation médicale (PM) dans le secteur ambulatoire, par honoraires dans le domaine de l'assurance complémentaire ou par part de DRG dans le secteur stationnaire pourrait avoir pour effet qu'un hôpital ne soit pas inscrit sur les listes hospitalières. Enfin, on peut se demander si le tarif à la

¹⁸ Rapport explicatif, page 15.

prestation TARMED n'est pas déjà en soi un système inadapté d'incitations économiques». Une question aussi vaste appelle une réponse politique et ne peut en aucun cas être tranchée par ordonnance.

La LAMal prévoit des rémunérations liées à la prestation. Cette nouvelle prescription ne peut pas mettre hors-la loi le système du médecin agréé ni entraver le libre choix du patient garanti par la LAMal. Tant que les rémunérations sont accordées au cas par cas dans le cadre des relations de mandat des médecins agréés, ce modèle n'est pas «inadapté». ¹⁹.

Il est exact cependant que le texte de l'ordonnance restreint la portée de cette obligation à la seule AOS. Des prescriptions portant sur les rémunérations dans le domaine de l'assurance complémentaire selon la LCA seraient irrecevables et violeraient la liberté du commerce et de l'industrie. (Remarque: la LAMal prévoit que toutes les activités médicalement nécessaires relèvent de l'AOS).

Enfin, on peut se poser la question de l'utilité pratique de cette disposition. Il existe aujourd'hui déjà diverses procédures reconnues permettant d'exclure de l'AOS les prestations qui ne remplissent (plus) les critères EAE. Nous pensons en particulier à:

- Stratégie HTA de la Confédération;
- Activités HTA du Swiss Medical Board;
- Smarter Medicine – Choosing Wisely.

Art. 59c Tarification

H+ rejette cet article.

Les obligations introduites par cet article constituent une ingérence grave dans le partenariat tarifaire consacré par la loi et restreignent considérablement la marge de manœuvre des fournisseurs de prestations aussi bien que des répondants des coûts. En outre, l'article comprend des dispositions tirées à l'évidence du 1^{er} volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts qui est débattu actuellement par le Parlement. Il ne s'agit donc pas de dispositions d'application des lois en vigueur mais de dispositions présentant un caractère législatif introduites par voie d'ordonnance. Les règles sur le Benchmark (art. 59c let. c) empêchent les hôpitaux de financer des assainissements, des rénovations et de nouvelles constructions en leur interdisant de réaliser des bénéfices. Une telle disposition est en contradiction flagrante avec la révision de la LAMal sur le financement hospitalier qui autorise, comme le TAF l'a confirmé, les gains d'efficacité.

Compte tenu des règles exhaustives présentées pour la «détermination et l'évaluation uniformes de l'efficacité des différents hôpitaux», on doit conclure que la formation de groupes de comparaison homogènes – pourtant reconnus par la jurisprudence comme correctif aux lacunes de représentation des structures tarifaires telles que SwissDRG ou TARPSY – doit être abandonnée, ce qui serait aberrant avec le modèle de Benchmarking appliqué aujourd'hui.

¹⁹ En outre, le Conseil d'Etat zurichois fait le constat suivant dans sa réponse à la motion 87/2018: «*Les médecins pratiquant dans les hôpitaux de liste doivent déterminer si une intervention médicale dans un hôpital est justifiée en se fondant sur des critères scientifiques (indication médicale) et non sur des intérêts économiques. Une intervention est donc indiquée lorsque l'utilité médicale pour le patient est plus grande que le risque médical. Mais c'est au patient qu'il incombe de décider au final si une intervention est effectuée [...]. Il n'y a pas d'indices d'augmentation systématique des volumes des cas stationnaires qui serait due à de mauvaises incitations financières et qui pourrait être réduite par une diminution des modèles de rémunération.*» Cette réponse du Conseil d'Etat contredit l'allégation selon laquelle on assisterait à une augmentation des volumes en raison des systèmes de rémunération.

A l'avenir, l'objet des négociations ne devrait pas tant porter sur la limite des gains d'efficacité (puisqu'elle est fixée par l'ordonnance) mais bien plus sur le contenu et le niveau des suppléments et des déductions fixés pour chaque hôpital après le Benchmarking.

H+ estime que la phase d'introduction du système tarifaire SwissDRG n'est pas terminée. D'importants éléments de distorsion n'ont pas pu être corrigés jusqu'à présent: financement des cas hautement déficitaires, représentation très différente des prestations d'attente et autres prestations supplémentaires selon la position au sein de la pyramide d'approvisionnement, définition uniforme au niveau national des PIG et financement de ces dernières, notamment. Les études confiées par l'OFSP au bureau ECOPLAN et récemment publiées n'y changent rien.

La fixation du Benchmark au 25^e percentile signifie tout simplement que 75% des hôpitaux suisses sont considérés comme inefficients, ce qui n'est pas le cas et n'est pas démontré dans le projet. Pas plus qu'il n'est expliqué comment l'OFSP entend réaliser des économies de 250 millions de francs dans l'AOS. Il s'agit là sans aucun doute d'une estimation simplificatrice et sous-évaluée.

Cette mesure a pour unique objectif de limiter la hausse des primes de l'AOS. A cet effet, il a été totalement perdu de vue que le citoyen – qui paie aussi bien des primes que des impôts – n'économisera pas un centime à l'arrivée.

Une grande incertitude règne sur la façon dont des hôpitaux efficaces et fournissant des prestations de haute qualité pourront survivre sous le régime du 25^e percentile. Les hôpitaux publics peuvent obtenir un soutien financier par la petite porte des PIG. De même, des infrastructures hospitalières peuvent être maintenues pour des motifs de politique régionale. Ces modes de financement sont cependant à l'opposé de la loi en vigueur qui prescrit, au moins pour les hôpitaux travaillant de manière efficace, une couverture des coûts complets par les tarifs AOS. Considérés comme des subventions et des financements croisés par l'AOS, ils sont à ce titre proscrits.

Dans le meilleur des cas, certaines cliniques spécialisées, qui travaillent en-dessous de la limite d'efficacité, ou des hôpitaux proposant une palette de prestations limitées mais bien, voire, très bien représentées dans le système SwissDRG pourront survivre. Les hôpitaux disposant d'une palette complète ou situés à l'extrémité de la chaîne d'approvisionnement n'auront pas la moindre chance de produire de manière «efficacité». Cela ne tient pas à une gestion inefficace des ressources mais est dû uniquement aux limites systémiques de représentation de la structure tarifaire. Notre modèle SwissDRG de formation des prix (structure SwissDRG et Benchmarking AOS) est entaché de variables biaisées sur lesquelles les fournisseurs de prestations n'ont pas prise et qui n'ont rien à voir avec une augmentation de l'efficacité.

Enfin, les cantons, qui sont aussi propriétaires d'hôpitaux, peuvent avec la présente ordonnance sur la planification hospitalière (planification des soins, listes d'hôpitaux et octroi de mandats de prestations via les GPPH) adapter à leur guise les exigences minimales par groupes de prestations à leurs particularités.

Art. 59c al. 1 let. a.

Cette disposition doit être harmonisée avec la jurisprudence du TAF au lieu d'être reprise telle quelle de l'OAMal en vigueur.

Par le passé et en particulier lors de l'introduction de SwissDRG, cette disposition a entraîné beaucoup de confusion. Cette problématique a été clarifiée par le TAF dans son arrêt

de référence C-1698/2013 LUKS²⁰: c'est le Benchmark et non les coûts individuels qui doit être indemnisé – les gains d'efficacité sont ainsi autorisés, autrement dit le tarif peut être plus élevé que les coûts établis de manière transparente par le fournisseur de prestations (en l'occurrence, l'hôpital).

Au lieu de conserver cette disposition telle quelle dans le projet d'ordonnance, la décision du TAF devrait être reprise sans restriction et de manière explicite. La restriction de l'alinéa 2 pour les modèles de rémunération de type DRG n'est pas formulée assez précisément et ne permet pas d'éclaircir enfin la question, même si le rapport fait effectivement référence à l'arrêt C-1698/2013.

Art. 59c al. 2

H+ exige l'introduction d'une limite d'efficacité pondérée. La pondération doit être effectuée selon deux facteurs:

- le degré de gravité des cas et
- le nombre de cas ou le Casemix.

Cette revendication n'est prise que partiellement en compte dans cet alinéa lorsque le Benchmarking est effectué uniquement en fonction des valeurs de base liées aux fournisseurs de prestation pour un Costweight (CW) de 1. Ce modèle tient certes compte du degré de gravité mais pas du nombre de cas.

Art. 59c al. 3

H+ rejette cette disposition. Cette dernière empiète de manière inadmissible sur le processus législatif en cours.

Cette disposition fait l'impasse sur un élément essentiel, à savoir la base d'évaluation pour la vérification prescrite. Qu'il s'agisse de tarifs à la prestation ou par forfaits, la base d'évaluation doit être fondée dans tous les cas sur les coûts réels et non sur les coûts normatifs.

Dans un système de forfaits, qui a pour objectif de couvrir le secteur ambulatoire, la perméabilité et la séparation entre le stationnaire et l'ambulatoire s'appuient avant tout sur les coûts réels. Les coûts normatifs et tous les modèles tarifaires qui se fondent sur les coûts normatifs sont irrémédiablement dépassés.

La disposition selon laquelle les parties à la convention dans les structures tarifaires à la prestation doivent vérifier s'il est possible de regrouper certaines positions est, selon le rapport explicatif, un complément au 1^{er} volet de mesures visant à maîtriser la hausse des coûts qui a pour objectif, au niveau de la loi, de favoriser la conclusion de forfaits ambulatoires²¹. Et le rapport de poursuivre: «Mais il est bien sûr possible d'envisager que des éléments auxquels est appliqué un forfait soient développés et convenus comme forfaits dans des conventions tarifaires séparées. Ces forfaits peuvent être convenus séparément de la structure tarifaire à la prestation et nécessitent une approbation par l'autorité correspondante.»

Ces éléments appellent les remarques suivantes:

- Le Conseil fédéral a, à l'évidence, perdu de vue que le 1^{er} volet est débattu actuellement devant le Parlement. Il est tenu de respecter le processus législatif et ne peut en aucun cas l'anticiper. L'ordonnance doit suivre la loi, et non l'inverse. Faute de base légale, cette prescription constitue, dans le cadre de la LAMal actuelle, une intervention inadmissible dans l'autonomie tarifaire. Il apparaît ainsi clairement que la modification

²⁰ Chapitre 2, messages 1 à 4 dans <https://www.hplus.ch/fr/tarifs/arretsdutribunalfederal/>

²¹ Rapport explicatif, page 19

de l'OAMal est prématurée. Elle n'aura un sens que lorsque la révision de la loi aura été définitivement adoptée.

- Il est à la fois étonnant et déconcertant qu'au niveau de l'ordonnance le regroupement de positions du tarif à la prestation soit présenté comme une promotion des forfaits ambulatoires. Un système tarifaire mélangeant des rémunérations à la prestation et des forfaits aboutirait à des difficultés presque insurmontables dans son application et ne présenterait jamais les avantages d'un «véritable» tarif ambulatoire par forfaits.

Il n'est pas seulement «envisageable» de convenir des forfaits pour l'ambulatoire dans des conventions tarifaires séparées, comme le rapport explicatif le formule de manière plutôt hésitante, mais il s'agit en réalité d'une alternative aux tarifs à la prestation prescrite par la loi dès les origines de la LAMal à l'art. 43 al. 2 let. c. En outre, le TAF a constaté dans son arrêt C-5123/2018 du 4 juillet 2019 que les tarifs forfaitaires pour l'ambulatoire doivent être approuvés par le Conseil fédéral dès lors qu'ils sont valables à l'échelle nationale. Si le Conseil fédéral entend réellement promouvoir les forfaits pour l'ambulatoire, il devrait se fonder sur les bases légales en vigueur aujourd'hui. Et il serait encore préférable que le gouvernement attende les résultats des débats parlementaires sur le 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Celui-ci comprend des dispositions sur les forfaits ambulatoires qui devront être prises en considération lors de la mise en œuvre. L'OAMal aussi devra en tenir compte. Dans cette perspective, la modification est prématurée et devrait être retirée car elle est en bonne partie contraire à la loi.

Art. 59c Abs. 4

Cf. commentaire de l'art. 59c al. 3.

Art. 59c^{bis} Calcul du tarif dans un modèle de rémunération de type DRG (nouveau)

H+ rejette l'art. 59c^{bis} dans son ensemble

Sans utiliser le terme, le Conseil fédéral met le cap vers un Baserate unique et exclut ainsi en pratique toute marge de négociation. Cette remarque vaut en particulier pour la détermination rigide à la valeur maximum du percentile qui entraîne, dans son application, une spirale à la baisse de tous les Baserates. Avec l'inclusion des maisons de naissance et des établissements spécialisés, la fixation de la valeur de Benchmark au 25^e percentile au maximum que 90% au moins des prestations de somatique aiguë (c'est-à-dire 90% des cas ou du Casemix) fournies en Suisse seront soumises à des tarifs qui ne couvrent pas les coûts. Des changements structurels ne pourront plus être menés, pour des raisons de coûts précipitément.

Les incitatifs en faveur d'une augmentation de l'efficacité ne sont efficaces que s'ils sont équitables et accessibles. S'il est rémunéré selon le même tarif que des maisons de naissance et de petites cliniques spécialisées ouvertes 5 jours sur 7, un hôpital avec un service des urgences n'a pratiquement aucune chance de couvrir ses coûts, même s'il travaille de manière efficiente.

En conclusion, le Benchmark au 25^e percentile aboutirait à une baisse de la qualité et à une pression accrue sur le personnel, y compris à la réduction des effectifs. La fourniture de soins de haute qualité à la population serait mise en péril. En outre, le système de santé, qui est le premier secteur économique du pays, serait affaibli.

Avec une valeur de référence rigide fixée au 25^e percentile, les assureurs et le Surveillant des prix n'auraient de cesse de contester les suppléments accordés et d'exiger des déductions.

A la lecture de l'ordonnance, l'évidence s'impose que la valeur de Benchmark sera l'affaire des seuls assureurs. Or elle devrait être déterminée sur une base partenariale ou confiée à une institution indépendante et spécialisée désignée par la Confédération ou les partenaires tarifaires.

H+ rejette donc l'art 59c^{bis} dans son ensemble, dans la mesure où il s'agit d'une ingérence de la Confédération dans le calcul des tarifs, dans les compétences des partenaires tarifaires et dans celles des cantons en matière d'approbation. Ingérence d'autant moins acceptable que le Conseil fédéral entend imposer des dispositions de caractère législatif par voie d'ordonnance.

Art. 59c^{bis} al. 1 let. a

H+ rejette cette disposition.

Selon cette disposition, les coûts par cas ou les coûts journaliers de tous les fournisseurs de prestations qui facturent selon la même structure tarifaire de type DRG doivent être intégrés dans un Benchmarking unique pour toute la Suisse.

Dans le domaine SwissDRG, cela impliquerait que les maisons de naissance soient aussi intégrées dans le Benchmarking visant à calculer les tarifs hospitaliers. Ce procédé aboutirait pourtant à des résultats contraires à la loi et doit donc être rejeté: certes, les maisons de naissance appliquent aussi SwissDRG, mais elles appartiennent de par la loi à une catégorie de fournisseurs de prestations séparée, qui doit être distinguée des hôpitaux et à laquelle s'appliquent – point essentiel – des conditions cadres réglementaires différentes. Ainsi, les maisons de naissance ne doivent pas garantir une surveillance médicale et elles peuvent fournir leurs prestations dans une infrastructure technique beaucoup plus simple. En raison de ces différences, les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité des hôpitaux et des maisons ne peuvent pas non plus être comparés de manière équitable.

A cela s'ajoute le fait que les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité des maisons de naissance sont sujets à de fortes variations annuelles en raison des petits nombres de cas. Leur intégration dans le Benchmarking aurait donc un effet d'autant plus déformant si une pondération du Benchmark par le nombre d'institutions était effectivement imposée.

Par conséquent, il convient de prévoir des Benchmarkings séparés pour les hôpitaux et les maisons de naissance.

Art. 59c^{bis} al. 1 let. a ch. 1

Le terme «insuffisant» doit être défini, dans la mesure du possible. Dans le cas contraire, il doit être biffé. En outre, il convient de préciser qui décide si la qualité est «suffisante» et «insuffisante».

Art. 59c^{bis} al. 1 let. b

Cf. commentaire de l'art. 59c.

H+ rejette vigoureusement cette disposition.

Cette disposition est contraire à la loi et met en péril la qualité et la sécurité de l'approvisionnement en soins stationnaires en Suisse.

La fixation d'une valeur maximale de Benchmarking par l'ordonnance entérine l'autonomie tarifaire tant pour le choix de la méthode de détermination des prix que pour le niveau de la

valeur de Benchmarking. Ce système a pour effet de réduire les partenaires au rang de purs exécutants. Il n'y aura plus lieu de mener des négociations.

Il est prévu de fixer le Benchmark au 25^e percentile en se basant sur les coûts par cas normatifs de tous les fournisseurs de prestations de Suisse qui facturent selon le même modèle de rémunération. Une telle procédure ne prend pas en compte les différences entre fournisseurs tels que les cliniques spécialisées, les hôpitaux de prise en charge centralisée et les maisons de naissance. Les institutions spécialisées proposant une palette de prestations restreinte seront outrageusement avantagées. D'autres distorsions malvenues du Benchmark interviendront en raison de l'intégration d'institutions sans service des urgences et des différences régionales dans les coûts structureux (coûts salariaux et d'implantation).

Sachant que les structures tarifaires SwissDRG et TARPSY (et à l'avenir ST Reha) ne sont arrivées à maturité et qu'elles comportent, et comporteront toujours, des limites systémiques, toutes les prestations, respectivement les fournisseurs de prestations, sont logées à la même enseigne. Avec son projet, le Conseil fédéral bétonne les lacunes existantes au lieu d'y remédier ou de confier aux intéressés le soin d'y remédier.

L'alternative est soit d'améliorer la structure tarifaire SwissDRG soit de poursuivre le développement du modèle de Benchmarking, par exemple dans le sens d'un Benchmarking fondé sur des coûts du cas normatifs corrigés (cf. étude Polynomics²²).

Le rapport explicatif ne comprend aucune justification de la fixation de la valeur de Benchmark au 25^e percentile qui aille au-delà d'une décharge de l'AOS et de la Confédération. On cherche en vain des réflexions sur les effets de cette valeur sur les hôpitaux. Une analyse d'impact de la réglementation (AIR) doit pourtant être menée sur tous les projets législatifs de la Confédération et à tous les niveaux (cf. Partie générale. Absence d'analyse d'impact de la réglementation). Cela vaut en particulier pour les projets qui imposent un fardeau particulièrement lourd à certains secteurs, ce qui est le cas à l'évidence pour la branche hospitalière avec la présente modification d'ordonnance. La fixation du Benchmark au 25^e percentile est arbitraire, elle s'inscrit uniquement dans la vision des assureurs, elle considère comme non rentables la quasi-totalité des hôpitaux qui proposent une palette complète. Il en résultera une baisse de la qualité. Dans l'ensemble, la fourniture des soins qui est de haute qualité en Suisse s'en trouvera menacée, voire même entravée. Cela ne devrait pourtant pas être l'effet recherché d'une valeur de Benchmark. Le Tribunal administratif fédéral a donné son blanc-seing à des valeurs jusqu'au 50^e percentile. Il n'y a donc pas de raison de fixer une valeur aussi basse dans l'ordonnance. Seule une valeur de Benchmark au 50^e percentile garantit au moins que les hôpitaux ordinaires de soins aigus proposant une palette complète de prestations soient représentés de manière suffisante et équitable dans le Benchmark et que des moyens financiers nécessaires à une exploitation efficiente dans une qualité élevée puissent être dégagés.

Les expériences réalisées jusqu'à présent en Suisse et à l'étranger montrent que des valeurs de Benchmark inférieures au 50^e percentile mettent en péril le système. A l'opposé, la perspective fiable à moyen et long terme d'une rémunération au 50^e percentile a un effet relativement modérateur sur les coûts. Les extrêmes positifs et négatifs ne doivent en revanche pas être intégrés au Benchmark.

La fixation du Benchmark en-dessous du 50^e percentile aurait dû intervenir impérativement au niveau législatif, compte tenu de son impact sur la fourniture des soins par les hôpitaux et/ou sur le paysage hospitalier ainsi que de l'ingérence brutale qu'elle représente dans l'autonomie des partenaires tarifaires en matière de négociations. En se fondant sur le

²² http://www.usz.ch/Documents/Polynomics_Das20Fallpauschalenmodell_Schlussbericht_20151119.pdf

nombre de fournisseurs de prestations, l'ordonnance donne un poids disproportionné, dans la détermination de la valeur de Benchmark, aux petits hôpitaux présentant un nombre de cas inférieur à la moyenne. Cela est d'autant moins justifié que ces hôpitaux sont souvent des établissements particuliers dont les coûts par cas ajustés selon le degré de gravité notamment sont fortement influencés par des nombres variant fortement et de manière aléatoire. L'intégration indifférenciée dans le Benchmark de tous les hôpitaux, indépendamment des nombres de cas et du degré de gravité, aboutit à une référence d'efficacité biaisée et dilue la validité du Benchmark. Ce dernier devrait se baser sur des données représentatives et intégrer une pondération des institutions fondées sur le Casemix (nombre et degré de gravité des cas traités).

Selon le commentaire de l'art. 59c^{bis} al. 4, les rémunérations doivent se baser sur les hôpitaux qui fournissent la prestation assurée dans la qualité nécessaire. Dans les étapes mentionnées à l'alinéa 1 pour le calcul de la valeur de Benchmark, la fourniture de la prestation assurée dans la qualité nécessaire ne constitue pas un critère déterminant. Les hôpitaux qui ne fournissent pas la prestation assurée dans la qualité nécessaire ne devraient carrément pas être intégrés dans le calcul de la valeur de Benchmark, précise le commentaire.

Pour les institutions qui se situent au-dessus du 25^e percentile, cette disposition aurait pour conséquence une baisse de la qualité, une pression croissante sur le personnel et, dans de nombreux hôpitaux, une réduction des effectifs. En outre, le secteur de la santé, qui est la plus importante branche économique du pays, serait affaibli.

Si 75% des fournisseurs de prestations stationnaires devaient être considérés systématiquement et durablement comme non rentables, cela amorcerait une ruineuse spirale à la baisse. Au terme de ce processus, les cantons devraient intervenir dans le financement hospitalier – hors de la législation sur l'assurance-maladie – afin de maintenir la fourniture des soins. Ce à quoi ils seraient d'ailleurs contraints par leur mandat constitutionnel.

L'étude de l'institut Polynomics «Auswirkung der Wahl des Perzentils im Spital-Benchmarking» du 4 juin 2020²³ met en évidence les défauts de l'approche actuelle en matière de Benchmark. Elle montre aussi dans une simulation l'évolution future du paysage hospitalier sous l'empire du 25^e percentile si aucun moyen supplémentaire (subventions, dons) ni recapitalisations ne sont injectés dans le système:

- Après 7 ans, tous les hôpitaux universitaires ont épuisé leur capital propre en raison des déficits et disparaissent du marché;
- Après 14 ans, seule la moitié des hôpitaux survit encore;
- Après 25 ans, seul un cinquième des hôpitaux survit encore;
- Après 46 ans, il ne reste plus qu'un seul hôpital;
- Durant toutes ces années, le sous-financement du système perdure: durant les seules 9 premières années, celui-ci atteint 3,7 milliards de francs.

La diminution de 200 à 250 millions de francs des coûts à la charge de l'AOS qui a été calculée par l'OFSP avec l'introduction du 25^e percentile au lieu du 40^e comme valeur d'efficacité est fortement sous-évaluée. Déjà parce qu'elle ne concerne que la part de 45% payée par l'AOS. En réalité, la baisse des revenus pour les fournisseurs de prestations serait de l'ordre de 1.2 milliards de francs, soit 5 à 6 fois plus.

Les baisses de coûts, respectivement le sous-financement du secteur hospitalier annoncés par H+ se fondent sur l'exercice 2018 et ont été évalués par l'association SpitalBenchmark.

²³ <https://www.vzk.ch/downloadcenter/dokumente-vzk/polynomics-auswirkung-der-wahl-des-perzentils-im-spital-benchmarking.pdf>

Détermination des baisses de coûts à la charge de l'AOS, resp. de la sous-couverture du secteur hospitalier, par H+

Exercice 2018

Tous les hôpitaux (sans les maisons de naissance)

Prix de base pour CW = 1 (limite d'efficience AOS)	OCP	Financement durable
Moyenne arithmétique pondérée	10'298	10'638
25 ^e percentile	9'755	-
CMI		1.080
CM Suisse		1'239'697.784
CM Suisse pour 1.0		1'147'868.32

Source: association SpitalBenchmark.

Prix de base pour CW = 1 (limite d'efficience AOS des assureurs)	OCP	Financement durable
25 ^e percentile	9'586	---

Source: HSK.

Calcul

La sous-couverture du secteur hospitalier correspond à la différence entre le prix de base nécessaire pour un financement durable (CHF 10'638) et le prix de base imposé par l'ordonnance (CHF 9'586). Cette différence s'élève à CHF 1'052 par point CM.

Si ces CHF 1'052 sont multipliés par les points CM suisses pour l'exercice 2018, on obtient le **sous-financement du secteur hospitalier suisse** pour l'année 2021:

$1'052 \times 1'147'868.32 = \underline{\text{CHF } 1'207'557'472}$ (arrondi).

Art. 59^cbis al. 2

H+ rejette vigoureusement cette disposition qui aboutit à un gaspillage des ressources et à la création d'un appareil administratif totalement inutile.

H+ justifie ce rejet par le fait que la confiance entre les fournisseurs de prestations et les assureurs maladie est au plus bas.

Le présent projet d'ordonnance fait intervenir au moins trois acteurs pour le Benchmarking:

- les cantons (cf. «Concept pour la publication des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité dans le cadre de l'art. 49 al. 8 LAMal»²⁴);
- les assureurs;
- les associations d'assureurs.

²⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html>

A cela s'ajoute le fait que chaque acteur, soit les cantons et les assureurs, plausibilise les données hospitalières selon ses propres critères, bien que celles-ci soient déjà plausibilisées par des tiers (certification REKOLE®, procédure de saisie ITAR_K® basée sur le Web). En outre, les cantons et les assureurs ne sont pas impartiaux. Selon les principes de l'ASSM, ils ne sont pas habilités à assumer ce rôle.

A la place de cette disposition, H+ exige:

1. UNE SEULE procédure de relevé reconnue des coûts d'exploitation relevant de l'AOS et une procédure de plausibilisation vérifiable;
2. Un modèle de Benchmarking adapté et professionnel, qui soit compatible avec la complexité du système hospitalier et conforme au principe «Comparer ce qui est comparable»;
3. Une instance neutre, respectivement indépendante (haute école/université) qui calcule et publie chaque année les valeurs de référence.

Art. 59c^{bis} al. 3

H+ rejette vigoureusement cette disposition qui viole l'autonomie tarifaire. Le Benchmarking doit être calculé, fixé et publié par les partenaires tarifaires ou par une instance neutre.

Dans son message, le Conseil fédéral lui-même souligne l'autonomie des partenaires tarifaires. Il n'est donc pas admissible de violer l'égalité des droits (art. 8 Cst) et le principe de l'équité (art. 46 al. 4 LAMal) en confiant un instrument important de détermination du critère d'efficience à un seul partenaire.

Au cours des dernières années, les assureurs ont prouvé qu'ils ne sont pas en mesure de calculer des Benchmarks. Ils ne recourent pas aux données recueillies au moyen d'ITAR_K mais procèdent à des corrections plus ou moins arbitraires. Jusqu'à présent, ces dernières n'ont guère été présentées de manière transparente et leur exactitude n'a pas pu être vérifiée non plus. Leurs calculs sont unilatéraux, faux, opaques et politiquement connotés. La confiance des fournisseurs de prestations dans les assureurs maladie est au plus bas.

Aujourd'hui, les associations d'assureurs calculent des Benchmarks sibyllins qui comportent des déductions «à la louche». Cette situation est prouvée depuis des années par le fait que des valeurs de Benchmark totalement différentes sont déduites de données identiques. Actuellement, pas moins de sept (7) Benchmarks sont calculés en Suisse! A l'avenir, on pourra avoir autant de Benchmarks que d'associations d'assureurs, si l'on en croit le commentaire du Conseil fédéral. Il en résultera des deux côtés (fournisseurs de prestations et acteurs chargés de la détermination du Benchmark) un immense appareil administratif – qui ne produira pas la moindre plus-value. Le Conseil fédéral devrait pourtant avoir à cœur qu'il n'y ait en Suisse plus qu'un **seul** Benchmark. Même avec la meilleure volonté, on ne perçoit pas l'intérêt d'ordonner une comparaison des établissements au niveau national avec plusieurs Benchmarks.

L'al. 3, comme l'al. 2, aboutit à un gaspillage des ressources et à la création d'un appareil administratif totalement inutile.

Enfin, il n'apparaît pas clairement dans quelles circonstances le Benchmark national selon l'al. 2 (qui correspond à l'art. 49 al. 8 LAMal) ou le Benchmark des assureurs selon l'al. 2 devront être appliqués.

Art. 59c^{bis} al. 4

H+ salue le fait que le Conseil fédéral reconnaît dans cette disposition qu'un Benchmark national conduirait à des inégalités de traitement et que des correctifs sont donc nécessaires.

Il n'est pas équitable en revanche de fixer au préalable une valeur de percentile beaucoup trop basse et de reporter ensuite sur les hôpitaux la charge de la preuve pour obtenir d'éventuels suppléments.

L'expérience passée montre que les corrélations dans les structures tarifaires sont extrêmement complexes. Des ressources importantes doivent être consacrées afin de fournir de telles preuves. A cet égard, on relèvera que l'accès aux données nécessaires est largement interdit aux hôpitaux. Et même lorsque ces derniers présentent des moyens de preuve scientifiquement établis, ceux-ci sont accueillis avec méfiance par les assureurs – et rejetés au final.

Il convient ici de se demander sérieusement si les suppléments et les déductions doivent être l'objet de négociations entre les partenaires tarifaires ou s'il ne serait pas préférable qu'une institution neutre fixe les règles du jeu.

Les avantages d'une institution neutre sont:

- Les fournisseurs de prestations ne peuvent pas être mis hors-jeu;
- Les suppléments sont attribués sur la base de données;
- Les prestations fournies de manière efficiente et dans la qualité suffisante sont rémunérées de manière à couvrir les coûts;
- Les suppléments sont attribués en temps utile, un report «à plus tard» n'est pas possible;
- Les cantons et les assureurs sont représentés au sein de l'institution neutre et ne doivent pas vérifier à nouveau les conditions;
- L'application des règles est uniformisée au niveau national mais elle peut être adaptée selon les hôpitaux (principe de l'équité).

Une telle solution soustrairait aux partenaires tarifaires un objet de négociation et aux autorités d'approbation une compétence décisionnelle.

Mais il est avéré que SwissDRG SA n'est pas parvenue jusqu'à présent à intégrer dans le système DRG la rémunération des cas hautement déficitaires ou hautement rémunérateurs, par exemple. De même, il n'a pas été possible de mener une discussion constructive avec les représentants des assureurs et encore moins de dégager des propositions de solution communes.

Si, contrairement à l'attente de H+, l'«Institution neutre SA» ne parvenait pas à calculer les suppléments et les déductions, il serait alors définitivement impossible pour les fournisseurs de prestations de prouver les lacunes et de réclamer une rémunération aux assureurs. L'organisation de l'art. 59c^{bis} al. 4 forcerait les fournisseurs de prestations à consentir un effort disproportionné en développant encore davantage leurs systèmes de facturation.

Art. 59c^{bis} al. 4 let. a

Il convient ici de préciser à qui il appartient de décider quelles prestations ne sont pas représentées de manière adéquate. En outre, on remarquera que les hôpitaux qui ont charge de preuve ne peuvent pas apporter cette dernière faute d'accès aux données de base détaillées de la structure tarifaire.

Art. 59c^{bis} al. 4 let. c

Il convient ici de préciser à qui il appartient de déterminer ce qui est transparent. Cette compétence doit être fixée au niveau national car il nous semble qu'il ne peut pas y avoir des transparences différentes selon les cantons/régions.

Même si des suppléments et des déductions individuels sont juridiquement possibles, la preuve doit toujours être apportée par l'hôpital. L'expérience passée montre que des ressources importantes doivent être consacrées afin de fournir de telles preuves. Même lorsque des moyens de preuve scientifiquement établis sont présentés, ils sont accueillis avec méfiance par les assureurs – et rejetés au final.

Enfin, la référence aux coûts effectifs spécifiques à l'hôpital va à l'encontre des principes du financement hospitalier et conduit à une réintroduction du financement des établissements. Les (sur-)coûts effectifs spécifiques à l'hôpital ne devraient pas être déterminants pour la tarification mais plutôt les surcoûts attendus en cas de fourniture efficace des soins. Sinon, tout gain d'efficacité est exclu pour les hôpitaux et les cliniques qui se situent au-dessus du 25^e percentile.

Art. 59c^{bis} al. 4 let. d

Le modèle de Benchmark doit être fondamentalement revu.

Les effets pervers doivent être pris en compte dans le Benchmark. Tant que les hôpitaux et les cliniques sans service des urgences occuperont systématiquement les meilleures places dans le Benchmarking par exemple, cette distorsion devrait être corrigée dans la procédure elle-même.

Concernant le retour inadmissible au financement des établissements, il convient de se référer aux commentaires sur l'art. 59c^{bis} al. 4 let. c.

Art. 59c^{bis} Abs. 5 let. b

H+ rejette vigoureusement cette disposition.

Une déduction sur la valeur de Benchmark constitue une sanction extrêmement grave pour une infraction (supposée) à l'obligation de livrer les données. La LAMal ne comporte pas de base légale à cet effet et il convient donc de renoncer à cette disposition.

Cette disposition ouvre toute grande la porte à l'arbitraire. Car les critères déterminant si des données sont suffisantes pour être prises en compte dans le Benchmark ne sont pas définis plus avant dans l'ordonnance et sont ainsi totalement opaques pour les hôpitaux soumis à livraison. En particulier, il n'est pas acceptable que les assureurs maladie – comme ils le font actuellement – définissent unilatéralement ces critères. La sanction s'avère ainsi d'autant plus disproportionnée qu'aucun avertissement préalable ni possibilité de correction ne sont prévus.

Art. 59c^{bis} al. 6

On ne comprend à quel pourcentage il est fait allusion. A préciser.

Art. 59c^{bis} al. 7

Cette disposition découle du système tarifaire SwissDRG et est donc superflue.

Art. 59c^{bis} al. 8 let. a

Cette disposition est contestée.

Lorsqu'un hôpital se situe par exemple au 24^e percentile et supporte plusieurs millions de coûts justifiés pour des prestations supplémentaires non représentées dans la structure tarifaire, il ne peut les faire valoir que jusqu'au 25^e percentile.

Art. 59c^{bis} al. 8 let. b

Cette disposition est contestée.

Cette disposition exclut toute possibilité de gains d'efficience pour 75% des hôpitaux. Elle viole ainsi les principes fondamentaux du financement des prestations et conduit à un retour en direction du financement des établissements.

Art. 59c^{bis} al. 9

La publication, un signe de transparence: cette disposition instaure une solution qui n'est vraiment avantageuse pour les hôpitaux. Certes, la plateforme info-hopitaux.ch peut être utilisée. Dans le cadre de la publication, il importe que celle-ci soit conforme à un concept qui soit reconnu par les parties prenantes avant que des ressources ne soient consacrées au développement de solutions IT. En outre, il convient de s'assurer qu'il n'y ait qu'un **seul** site, reconnu par tous les partenaires du système de santé, sur lequel ces informations sont mises en ligne de manière professionnelle et actualisées en temps utile.

On peut aussi douter de l'utilité d'une publication trimestrielle des prix de base alors que ceux-ci sont calculés une fois par an sur la base des comptabilités analytiques de l'année «x-2».

Dispositions transitoires

Le projet d'ordonnance est en large part contraire à la loi ou il anticipe des projets législatifs. H+ rejette donc ce projet ainsi que les dispositions transitoires.

2. Modification de l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP);

Art. 9 al. 5^{bis} (nouveau)

A fin 2019, 82% des charges d'exploitation des hôpitaux suisses étaient certifiées REKOLE[®]. Ce certificat est un label de qualité qui confirme que la comptabilité analytique des hôpitaux concernés est **conforme à l'OCP et à REKOLE[®]**. En ce sens, le Conseil fédéral enfonce des portes ouvertes.

Malheureusement, cette attestation OCP ne remplace pas la consultation des pièces au sens de l'art. 15 OCP mais constitue une obligation supplémentaire. Cette manière de procéder est particulièrement insatisfaisante dans la mesure où ces certificats sont en règle générale très onéreux. Les fournisseurs de prestations doivent attester leurs coûts jusqu'à ce que les assureurs maladie soient convaincus par les bases (d'un tarif à négocier). Le certificat ne joue à l'évidence aucun rôle dans ce contexte. Autrement dit, une attestation externe est exigée – bien qu'une conformité à 100% à l'OCP soit déjà garantie par la certification REKOLE[®] – mais cette attestation ne change rien au fait que les assureurs maladie et les cantons pourront apporter des modifications aux données selon leur bon vouloir. Il est

tout simplement inacceptable d'imposer de telles obligations qui n'aboutissent à aucune amélioration mais entraînent uniquement des coûts supplémentaires.

Une estimation de l'impact financier pour l'obtention des attestations est tout indiquée. Le certificat REKOLE® déjà largement répandu doit être proposé comme alternative.

Une détermination uniforme des coûts par cas et des coûts journaliers ajustés selon le degré de gravité est à saluer dans son principe. Il en va de même de l'exigence que l'attestation soit au moins délivrée par un organe de révision externe (cette exigence serait déjà remplie par la procédure de certification REKOLE®!), ce qui garantirait l'impartialité – contrairement à la pratique en matière de planification hospitalière où les cantons assument le rôle de réviseur, ou dans les procédures de Benchmarking où les cantons, les assureurs et les associations d'assureurs doivent établir la valeur de référence.

Art. 10a^{bis} (nouveau) Modalités de calcul des coûts ajustés selon le degré de gravité dans un modèle de rémunération de type DRG

Art. 10a^{bis} al. 1

Cette disposition doit être supprimée sans autre.

La liste comprend des activités qui sont soit évidentes, soit incompréhensibles soit peu claires. On peut en outre se demander si certaines d'entre elles revêtent la moindre importance.

Art. 10a^{bis} al. 1 let. a

H+ rejette cette disposition. Elle est en contradiction avec le principe de concurrence établi par la LAMal.

Les coûts du personnel de sécurité, des relations publiques et du marketing sont aujourd'hui des coûts imputables selon l'art. 49 al. 3 LAMal. Ils font partie des coûts ordinaires de production d'une entreprise. Certes, le maintien de la sécurité publique est une tâche étatique mais tel n'est pas le cas de la sécurité interne à l'institution. Des mesures de sécurité sont indispensables au bon fonctionnement d'un hôpital et doivent pouvoir être financées par le tarif.

Aucun motif n'est avancé pour la déduction des coûts des relations publiques et du marketing. Cela est étonnant car ces domaines relèvent de l'activité normale de toute entreprise économique. Quels autres actions un hôpital doit-il mener pour faire connaître sa palette de prestations à la population? Que dirait-on d'un hôpital qui n'est pas présent sur le Web ou qui ne répond pas aux questions des médias? Un hôpital ne peut pas faire l'impasse sur l'information au public, aux patients, aux fournisseurs de prestations. Ces activités doivent être couvertes par le tarif. On remarquera ici que les coûts du marketing des assureurs sont incomparablement supérieurs à ceux des fournisseurs de prestations.

Art. 10a^{bis} al. 1 let. b

Non contesté mais évident.

Art. 10a^{bis} al. 1 let. c

Le calcul des coûts des cas DRG non évalués est d'une importance discutable. Comment le financement de ces cas devrait-il intervenir? La question n'est pas réglée à ce jour.

Art. 10a^{bis} al. 1 let. d

Non contesté mais évident.

Art. 10a al. 1 let. e

Non contesté mais évident.

Art. 10a^{bis} al. 1 let. f

De quel standard est-il question? Y a-t-il de tels standards? H+ n'en a pas connaissance.

Art. 10a^{bis} al. 1 let. g

L'esprit et le but de cette disposition sont contestés.

Art. 10a^{bis} al. 1 let. h

H+ rejette cette disposition.

Même avec la meilleure volonté, on ne perçoit pas quelle intention poursuit le Conseil fédéral avec cette disposition. En clair, elle aurait pour conséquence qu'un hôpital qui n'est pas rémunéré pour une prestation et qui subit une perte sur débiteurs devrait être puni une deuxième fois puisque cette perte serait à nouveau déduite. Comprise ainsi, une telle disposition ne serait guère en accord avec les valeurs reconnues par notre civilisation.

Art. 10a^{bis} al. 2

Cette disposition est beaucoup trop compliquée. Il serait bien plus simple et expéditif d'appliquer le taux WACC²⁵ dans l'OCP ainsi que de corriger et d'actualiser les calculs.

Cette disposition introduirait une construction singulière dans le domaine OCP:

- A) Afin de rémunérer l'actif circulant nécessaire à l'exploitation, la méthode WACC est prévue en principe,
 - a. cependant, le taux d'intérêts de 3.7% est resté inchangé depuis plus de 15 ans dans l'OCP, sans être jamais actualisé;
 - b. et le taux WACC est appliqué uniquement pour la rémunération des actifs immobilisés (cf. OCP en vigueur).
- B) L'actif circulant n'est pas rémunéré au moyen de la méthode WACC mais avec celle du Surveillant des prix.

La méthode du Surveillant des prix serait acceptable si les hôpitaux pouvaient se financer auprès de la Confédération. Tel n'est pas le cas. Des taux d'intérêts réalistes doivent être donc fixés.

Un délai de paiement de 40 jours n'est pas réaliste. Il convient de prendre en compte d'une part le délai de facturation (y c. la documentation médicale et le codage) et d'autre part le délai de paiement effectif des assureurs nettement plus long en moyenne.

Art. 10a^{bis} al. 3

Acceptable comme base pour la comparaison des coûts. Pour le calcul du tarif, cela signifie cependant que les modifications entraînées par une révision de la structure tarifaire (p. ex. passage du paiement des jours de séjour au décompte en nuit d'hospitalisation) doivent être prises en compte au final lors de la détermination du tarif.

²⁵ Weighted Average Cost of Capital

3. Modification de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OAA)

Cette modification est clairement en contradiction avec le libre choix de l'hôpital garanti à l'art. 10 al. 2 LAA et donc contraire à la loi. De l'avis de H+, il n'est pas abouti non plus du point économique et doit donc être rejeté.

* * * * *

Nous vous remercions de prendre en compte nos revendications et nous tenons volontiers à disposition pour tout renseignement complémentaire.

Avec nos meilleures salutations



Anne Bütikofer
Directrice